

**SAMEDI 13 NOVEMBRE 2010**

**Financement de la sécurité sociale pour 2011 (Suite)**

**Démission du Gouvernement**

## SOMMAIRE

<b>ORGANISMES EXTRAPARLEMENTAIRES (Candidatures).....</b>	<b>1</b>
<b>DÉPÔT D'UN RAPPORT .....</b>	<b>1</b>
<b>FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011 (Suite).....</b>	<b>1</b>
<i>Discussion des articles (Quatrième partie – Suite)</i>	<b>1</b>
Article additionnel avant l'article 34	<b>1</b>
Article 34	<b>2</b>
Articles additionnels	<b>4</b>
Article 36	<b>7</b>
Articles additionnels	<b>8</b>
Article 36 bis	<b>16</b>
Article 36 ter	<b>16</b>
Article 36 quater	<b>17</b>
Article 36 quinquies	<b>17</b>
Article 36 sexies	<b>17</b>
Article 36 septies	<b>18</b>
Article 36 octies	<b>18</b>
Article additionnel	<b>18</b>
Article 37	<b>19</b>
Article 38	<b>21</b>
Article additionnel	<b>22</b>
Article 39	<b>22</b>
Articles additionnels	<b>23</b>
Article 40	<b>24</b>
Articles additionnels	<b>28</b>
Article 41	<b>29</b>
Articles additionnels	<b>30</b>
<b>DÉMISSION DU GOUVERNEMENT .....</b>	<b>32</b>

## SÉANCE du samedi 13 novembre 2010

28<sup>e</sup> séance de la session ordinaire 2010-2011

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT,  
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRES :

MME SYLVIE DESMARESCAUX, M. FRANÇOIS FORTASSIN.

*La séance est ouverte à 9 heures 35.*

*Le procès-verbal de la précédente séance, constitué par le compte rendu analytique, est adopté sous les réserves d'usage.*

### Organismes extraparlimentaires (Candidatures)

**M. le président.** – M. le Premier ministre a demandé au Sénat de bien vouloir désigner les sénateurs appelés à siéger au sein de plusieurs organismes extraparlimentaires. J'invite la commission des affaires sociales à présenter un candidat pour siéger au sein du Conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en remplacement de M. Jean-Claude Etienne ; la commission de la culture à présenter un candidat pour siéger, en qualité de membre titulaire, au sein du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche, en remplacement de M. Jean-Léonce Dupont ; la commission de l'économie à présenter un candidat pour siéger, en qualité de membre titulaire, au sein de la Commission supérieure des sites, perspectives et paysages, en remplacement de M. François Fortassin ; la commission des lois à présenter un candidat pour siéger, en qualité de membre titulaire, au sein du Conseil national de la sécurité routière, en remplacement de M. Jean-Patrick Courtois.

Les nominations au sein de ces organismes extraparlimentaires auront lieu ultérieurement, dans les conditions prévues par l'article 9 du Règlement.

### Dépôt d'un rapport

**M. le président.** – M. le Premier ministre a transmis au Sénat le rapport sur la mise en application de la loi du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale.

*Acte est donné du dépôt de ce rapport transmis à la commission des lois.*

### Financement de la sécurité sociale pour 2011 (Suite)

**M. le président.** – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Discussion des articles  
(Quatrième partie – Suite)

#### Article additionnel avant l'article 34

**M. le président.** – Amendement n°310 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, de Montesquiou et Detcheverry et Mme Escoffier.

Avant l'article 34, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... - En sus de la participation mentionnée au I, pour la période 2011-2014, une franchise annuelle exceptionnelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs aux prestations prévues aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article 321-1.

« Le montant de la franchise est forfaitaire et varie en fonction des revenus de l'assuré soumis au barème de l'impôt sur le revenu fixé en loi de finances. Il est calculé selon les modalités suivantes :

« - 200 euros pour l'assuré dont le revenu est supérieur au plafond de la deuxième tranche ;

« - 300 euros pour l'assuré dont le revenu est supérieur au plafond de la troisième tranche.

« Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé visés dans ce paragraphe bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être directement versées par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.

« Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent paragraphe. »

**M. Gilbert Barbier.** – Compte tenu de l'ampleur du déficit de l'assurance maladie, le seul retour à une meilleure situation économique ne sera pas suffisant pour rétablir durablement l'équilibre, d'autant que les dépenses continueront de progresser. Cette situation structurelle conduit à demander aux assurés un effort de solidarité proportionnel à leurs revenus. Les franchises médicales procèdent de l'idée simple que le

malade peut participer, ne serait-ce que modestement, aux frais de son traitement.

Nous proposons d'aller plus loin en instaurant une franchise annuelle de 200 euros pour les assurés dont le revenu est supérieur au plafond de la deuxième tranche et de 300 euros pour ceux dont le revenu est supérieur au plafond de la troisième tranche. Un effort de solidarité accru est ainsi demandé aux plus favorisés. C'est la voie d'avenir, même si elle peut perturber les esprits.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** – Le code général des impôts ne définit pas de deuxième ni de troisième tranche. Première difficulté, à laquelle il faut ajouter celle de calculer le revenu de référence d'un assuré marié... Qu'en pense le Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** – Je commence par mes salutations matinales en cette journée de la gentillesse... (*Sourires*)

**M. Guy Fischer.** – C'est gentil !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – M. Barbier ouvre le débat passionnant sur le bouclier sanitaire. Or, notre système est fondé sur le principe énoncé par la CNR : chacun paie selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. Ce nouveau débat pourrait devenir un enjeu de la prochaine élection présidentielle. Je suggère le retrait d'un amendement d'appel de toute façon inapplicable en l'état.

**M. Gilbert Barbier.** – On peut toujours reporter à demain une discussion inévitable... Les objections techniques ne m'échappent pas ; la commission des affaires sociales pourrait se saisir du sujet.

*L'amendement n°310 rectifié est retiré.*

## Article 34

**M. le président.** – Amendement n°113, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Dans la première phrase du dernier alinéa, le pourcentage : « 1 % » est remplacé par le pourcentage : « 0,5 % » et la deuxième phrase du même alinéa est complétée par les mots : « à hauteur du dépassement estimé ».

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances.** – Le présent amendement propose d'abaisser le seuil d'alerte à 0,5 %. Le Gouvernement propose, lui, que ce seuil soit atteint progressivement à l'horizon 2013.

La commission des finances propose en outre que les mesures de redressement proposées en cas de déclenchement de l'alerte soient « à la hauteur des dépassements envisagés ».

**M. le président.** – Amendement n°63, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Dans la première phrase du dernier alinéa, les mots : « fixé par décret qui ne peut excéder 1 % » sont remplacés par les mots : « égal à 0,5 % » ;

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Le rapport de Raoul Briet a proposé d'abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,5 % de l'Ondam. Le Président de la République et le Gouvernement ont repris cette proposition, avec un renvoi au décret. Cet amendement vise à inscrire cet engagement dans la loi et à le rendre applicable dès 2011. C'est indispensable pour conforter l'Ondam volontariste de l'an prochain.

**M. le président.** – Amendement n°64, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° La deuxième phrase du dernier alinéa est complétée par les mots : « à hauteur du dépassement estimé » ;

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Les mesures de redressement proposées en cours d'année par l'Uncam pour assurer le respect de l'Ondam doivent avoir un impact financier égal au risque de dépassement mis en avant par le comité d'alerte. Il importe que nos concitoyens aient conscience de la situation.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'approuve l'objectif à terme de 0,5 %. Aujourd'hui, le seuil d'alerte est à 1 %. Le Président de la République s'est engagé à réduire progressivement ce niveau pour obtenir un pilotage plus fin de l'Ondam. Des mesures sont déjà en œuvre à cette fin.

Pour la première fois depuis 1997, l'Ondam a été respecté en 2010. (*Exclamations sur les bancs du groupe CRC-SPG*) La bonne gestion vous ennuie !

**M. Guy Fischer.** – Ce n'est pas de la bonne gestion, c'est de la rigueur !

**M. Bernard Cazeau.** – Vingt milliards de déficit, vous appelez ça de la bonne gestion ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Pour des raisons évidentes, l'alerte intervient en cours d'année. Quand je suis arrivée à ce ministère, mon premier coup de téléphone a été pour le déclenchement de l'alerte -drôle de bizutage... Les caisses devant alors prendre des mesures avec plein effet sur l'année, il serait inévitable de pénaliser fortement les assurés.

Les dispositions prises cette année ont été efficaces. Le bilan 2010 parle pour nous. Je vous invite à retirer ces amendements.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** – Le suivi des dépenses hospitalières doit être fortement amélioré, avait noté M. Briet, qui déplorait l'inadaptation de nos systèmes d'information. Mais j'ai entendu l'engagement du Gouvernement. Et nous sommes dans la journée de la gentillesse...

*L'amendement n°113 est retiré.*

**M. Guy Fischer.** – M. Jégou baisse... (*Sourires*)

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** – Non, je commence bien ! (*Sourires*)

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je retire aussi l'amendement n°63.

En revanche, l'amendement n°64 n'a qu'un but pédagogique : les mesures peuvent être différées, l'essentiel est qu'elles soient annoncées. Où est la difficulté ? Nous pourrions réexaminer la question d'ici la CMP...

*L'amendement n°63 est retiré.*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Dans ce cas, l'amendement est satisfait. Lorsque le comité d'alerte s'est manifesté pour la dernière fois, en 2007, des mesures ont été prises, à l'efficacité, il est vrai, toute relative, mais votre amendement non plus ne garantit pas le résultat ! Nous avons appliqué les recommandations du rapport Briet, notamment la création de la fameuse poire pour la soif et l'adoption rapide de mesures correctrices en cas d'alerte, par exemple pour la fixation des prix des médicaments.

Il reste que l'amendement n°64 est ambigu...

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – L'amendement invite les caisses à proposer des mesures de redressements. Où est l'ambiguïté ? La précision suggérée est due à l'expérience du passé. Si nous constatons l'inefficacité du dispositif, nous reviendrons à la charge dans un an.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je maintiens ma demande de retrait ; des mesures de redressement prises semestriellement seraient d'une extrême dureté pour les assurés.

*L'amendement n°64 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°65, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le comité rend un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des

données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous voulons rendre systématique l'avis du comité d'alerte sur les hypothèses de construction de l'Ondam pour l'année à venir, avant que le Parlement n'adopte le PLFSS. Ainsi, la représentation nationale sera mieux informée.

**M. le président.** – Amendement n°114, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le comité rend un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté. »

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** – Je me rallie à l'amendement n°65

*L'amendement n°114 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°320, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Alinéa 5, seconde phrase

Remplacer la date :

15 octobre

par la date :

1<sup>er</sup> octobre

**M. Jacky Le Menn.** – Nous proposons que l'avis du comité d'alerte soit rendu au 1<sup>er</sup> octobre, le PLFSS étant présenté dans ses grandes lignes fin septembre par le Gouvernement. Le dispositif actuel de pilotage a gagné en efficacité mais il doit être complété, notamment quant au calendrier d'examen et d'exploitation des données, qui ne doit pas être purement formel. Les parlementaires doivent pouvoir travailler dans de meilleures conditions.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La date proposée par M. Le Menn n'est pas réaliste. Mieux vaut attendre que le PLFSS soit connu. Cela suppose d'en rester au 15 octobre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Dès lors que le comité d'alerte se réunit, je ne vois pas d'objection à ce qu'il formule un avis : j'accepte l'amendement n°65. En revanche, la date du 1<sup>er</sup> octobre est tout à fait irréaliste. Il faudra presser le pas même pour le 15 octobre.

**M. Bernard Cazeau.** – L'Ondam pour 2011 a déjà été réduit à 2,9 % -il le sera encore les années

suivantes- alors que la progression de la demande de soins augmente à un rythme annuel proche de 4 %. Bien sûr, vous invoquez la maîtrise médicalisée, mais votre logique est purement comptable. Ne parlez pas de bonne gestion avec un déficit cumulé supérieur à 70 milliards d'euros depuis 2002. Vos prédécesseurs ont bon dos !

**M. Guy Fischer.** – Le dispositif à l'œuvre est purement comptable. Il va aggraver les difficultés d'accès aux soins et aura deux conséquences inévitables : le transfert d'une partie de la charge sur les complémentaires, qui coûtent de plus en plus cher -5 % d'augmentation moyenne en 2010- et le poids croissant du reste à charge. Notre protection sociale est, dit-on, la meilleure d'Europe. Sans doute, mais son excellence s'amointrit.

Nous voterons contre l'article 34.

*L'amendement n°65 est adopté.*

*L'amendement n°320 devient sans objet.*

*L'article 34, modifié, est adopté.*

*L'article 34 bis est adopté, ainsi que l'article 35.*

### Articles additionnels

**M. le président.** – Amendement n°479, présenté par MM. Collin, Alfonsi et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi.

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

A la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après le mot : « série », sont insérés les mots : « en ville, en centres de rééducation fonctionnelle ou en centres de soins de suite et de rééducation ».

**M. François Fortassin.** – La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a mis en place les référentiels pour les soins de ville. Depuis le 28 mai 2010, les premiers référentiels mis en place concernent, par exemple, la libération du nerf médian au canal carpien, la reconstruction du ligament croisé antérieur du genou, les entorses externes récentes cheville pied, l'arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche, ou l'arthroplastie du genou par prothèse totale du genou.

Nous proposons que les référentiels s'appliquent en centres de rééducation fonctionnelle et en centres de soins de suite et de rééducation.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cet amendement aborde un sujet intéressant. Qu'en pense le Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Sur le plan des principes, tous les actes réalisés en série devraient être soumis à des référentiels mais ceux mis en place ont été pensés pour les soins de ville ; ils ne

sont pas directement transposables aux centres de soins de suite et de rééducation. Au demeurant, l'article 37 fait un pas dans la direction souhaitée par M. Fortassin. Retrait ?

*L'amendement n°479 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°311 rectifié, présenté par M. Barbier et les membres du RDSE.

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ainsi que la nomenclature générale des actes professionnels font l'objet d'une refonte dans un délai de deux ans.

**M. Gilbert Barbier.** – C'est un amendement d'appel. La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) est le référentiel des actes pris en charge par les caisses d'assurance maladie. Avant mai 2005, elle répertoriait l'ensemble des actes médicaux remboursables ; elle a aujourd'hui été remplacée, pour les médecins, par la classification commune des actes médicaux (CCAM). Pour la profession dentaire et plusieurs autres professions de santé, la NGAP demeure, dans l'attente d'une CCAM effective pour tous. Cette situation complique l'accès aux soins difficiles, notamment dans le cas des prothèses dentaires.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La rapidité des évolutions techniques justifie en effet d'adapter la nomenclature ; mais est-il réaliste de revoir toute la nomenclature dans un délai aussi bref ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – « Refonte » n'est pas « toilettage ». Le constat est fondé, car l'obsolescence des actes est rapide. Mais la CCAM comporte 7 600 actes. Comment éviter la lourdeur de sa gestion ? Sa révision s'étale sur plusieurs années ; la refondre tous les deux ans est tout simplement impossible. L'article 35 du texte impose déjà de revoir tout nouvel acte dans les cinq ans.

**M. Gilbert Barbier.** – La « refonte » n'impose pas de revoir chacun des 7 600 actes ; mais la sous-cotation de nombreux actes courants explique une grande part des dépassements d'honoraires, notamment par les chirurgiens-dentistes.

**M. Guy Fischer.** – Nous sommes d'accord.

*L'amendement n°311 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°326, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le ministre chargé de la santé soumet à l'avis de la Haute autorité de santé l'inscription du second avis des experts anatomopathologistes sur la liste des actes

médicaux pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie établie selon les modalités définies par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – L'analyse d'anatomo-pathologie est au cœur de la lutte contre le cancer. L'avis d'un expert d'organes complète utilement la première analyse, notamment pour adapter les traitements.

L'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale permet au ministre en charge de la santé de procéder d'office, par arrêté, à l'inscription d'un acte dans la liste des actes pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, après avis de la HAS. Sa saisine sur le remboursement du second avis des experts anatomopathologistes permettrait d'éclairer le ministre dans ce sens.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cet amendement est une injonction au Gouvernement et ne peut être retenu. Le Gouvernement a déjà la faculté de consulter la HAS.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – M. le rapporteur général a raison : l'amendement est superfétatoire. L'inscription demandée du remboursement devrait être rapide, après l'avis positif rendu depuis par la HAS.

*L'amendement n°326 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°67, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale, après les mots : « Ils fournissent également », sont insérés les mots : « , à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2011, ».

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous abordons un sujet cher à M. Autain : l'information sur les tarifs.

Les caisses ont déjà beaucoup avancé sur cette question essentielle pour améliorer l'accès aux soins des Français. La Cnam a ouvert un site internet, *ameli.fr*. Cet amendement fixe une date d'entrée en vigueur effective de ce dispositif.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le site *ameli.fr* assure cette information. Ceux qui n'ont pas internet peuvent l'obtenir par téléphone au 36.46. L'amendement est donc satisfait. Retrait ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La disposition semble nécessaire ; nous ferons le point d'ici la CMP.

**M. Gilbert Barbier.** – Un problème se pose sur ce site, celui de la compréhension par le patient ordinaire. La Cnam devrait au moins fournir des explications intelligibles.

**M. Jacky Le Menn.** – Très bonne remarque.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cela ne change rien à l'amendement.

**M. Bernard Cazeau.** – Il aurait été bon d'informer aussi les assurés sociaux sur les dépassements d'honoraires, qui sapent l'assurance maladie. Un spécialiste sur deux les pratique et, en région parisienne, nombre de généralistes. Mais dans ce texte, silence radio ! Le système optionnel devrait améliorer la situation, mais il avance très lentement.

**M. Guy Fischer.** – Il n'est pas mis en place !

**M. Bernard Cazeau.** – Les syndicats médicaux semblent traîner les pieds. Certains dépassements vont au-delà de l'acceptable. A ce compte, la sécurité sociale n'existera bientôt plus ! Beaucoup de gens n'ont plus de dents correctes...

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – L'inquiétude de M. Cazeau trouve réponse dans le code : « les médecins doivent fournir toutes informations sur les honoraires habituellement demandés ».

**M. Guy Fischer.** – C'est un vœu pieux.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous parlerons tout à l'heure du secteur optionnel.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le rapporteur, qui connaît le code par cœur, tout comme moi...

**M. Guy Fischer.** – Vous êtes bien les seuls !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – ...a bien lu l'article 162 -1-11, qui satisfait M. Cazeau.

**M. François Autain.** – Nous voterons bien sûr cet amendement, bien qu'il ne change pas radicalement la situation. Il moralisera un peu les dépassements, sans toutefois les supprimer. Le problème reste donc entier.

Il ne suffit pas que les honoraires soient affichés dans la salle d'attente, à supposer qu'ils y soient ! Il est en effet trop tard pour que le patient fasse marche arrière.

*L'amendement n°67 est adopté, et devient un article additionnel.*

**M. le président.** – Amendement n°325, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le mot : « dépassent », la fin du deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « le tarif opposable. »

**M. Jacky Le Menn.** – C'est toujours de la même veine. Nous proposons ici de supprimer la subordination de cette information à un seuil de dépassement. La généralisation des dépassements

contredit la solidarité nationale. Les patients n'ont plus que le choix de payer ou de ne pas se soigner. Les mutuelles ne peuvent plus prendre en compte les dépassements, ce qui solvabiliserait la demande. On atteint parfois 200 % ! Le tarif opposable n'est plus qu'une vague référence.

Notre amendement attire l'attention sur cette question préoccupante.

**M. le président.** – Amendement n°237 rectifié, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Compléter le deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

« L'arrêté précité fixe également à 15 % la limite que le dépassement ne peut en aucun cas excéder pour les actes techniques. »

**M. Guy Fischer.** – Je persévère : les dépassements d'honoraires sont une entrave à l'accès aux soins. De plus en plus de contrats mutualistes ne les prennent pas en charge.

L'Igas constate que, pour les accouchements, la somme laissée à la charge de la mère atteint 74 euros en hôpital public et 178 euros en clinique ! Et cette étude ne prend pas en compte les dessous de table illégalement exigés par certains praticiens et sur lesquels différentes enquêtes sont en cours.

Le Gouvernement est responsable de cette situation, notamment parce qu'il refuse de définir la notion de « tact et de mesure ». En attendant de régler le problème, nous proposons de plafonner les dépassements d'honoraires, comme le suggère l'Igas.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – On peut se demander, avec M. Le Menn, si le chiffre de 70 euros ne correspond pas à celui du tarif optionnel que le Gouvernement a en tête...

**M. Guy Fischer.** – Bonne question !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Retrait de l'amendement n°325. La rédaction de M. Fischer est loin de la perfection : la disposition proposée n'est pas à sa place. Et pourquoi prévoir un arrêté ? Retrait, ce qui ne vous empêchera pas de revenir à la charge ultérieurement...

**M. Guy Fischer.** – Et sur le fond ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cela renvoie au secteur optionnel.

**M. Guy Fischer.** – Vous couvrez les dépassements d'honoraires !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je ne couvre rien du tout !

**M. Guy Fischer.** – Les spécialistes pourront dormir tranquilles !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Défavorable aux amendements. Il fallait bien fixer un seuil ! La majorité des dépassements se limite à quelques euros. Les 70 euros ne correspondent pas au dépassement mais à la totalité de l'acte sur lequel une information écrite est exigée. Le seuil fixé résulte du débat entre les partenaires ; les uns voulaient 50 euros, les autres 100 euros. Pourquoi 70 euros plutôt que 69 ou 72 euros ? Sans doute parce que c'est un chiffre rond... (*Rires*)

**M. Guy Fischer.** – C'est une anomalie.

**M. François Autain.** – Je m'interroge sur la mise en œuvre de l'entente préalable de 70 euros. Je vais voir un médecin...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous êtes malade ? (*Sourires*)

**M. François Autain.** – Très ! (*Sourires*) Avant même la première consultation, il est délicat de lui demander un devis ! Le rapport de forces n'est pas très équilibré. Devant le médecin, on ne va pas commencer par demander « combien ça coûte ? » En pratique, cela ne marche pas.

Nous demandons non la transparence des dépassements mais leur disparition, avec un relèvement du tarif opposable pris en charge par l'assurance obligatoire. Le Gouvernement est passif...

**M. Jacky Le Menn.** – On ne va pas chez le médecin comme chez l'épicier du coin à qui on demande le prix du kilo de poireaux ! La relation médecin-malade est inégalitaire : le médecin détient le savoir et rapidement, vous êtes nu... Le problème est réel.

*L'amendement n°325 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°237 rectifié.*

**M. le président.** – Amendement n°331, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4111-2 du code de la santé publique est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... - Les candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice, classés en rang utile aux épreuves de vérification des connaissances, dans les conditions déterminées par les articles D. 4111-1 à D. 4111-5 pour les médecins, et par les articles D. 4221-1 à D. 4221-4 pour les pharmaciens, sont recrutés à temps plein pour remplir des fonctions hospitalières d'une durée de trois ans en qualité d'assistant généraliste associé ou, selon le cas, d'assistant spécialiste associé, dans les services agréés pour recevoir des internes.

« Ces candidats exercent leurs fonctions sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou, en cas d'empêchement de celui-ci, de l'un de ses collaborateurs médecin ou

pharmacien. Ils sont associés à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique assurée sur place, mais ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements.

« Les candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice sont recrutés par contrat écrit conclu avec le directeur de l'établissement de santé. Ils peuvent présenter leur démission sous réserve de respecter un délai de préavis de deux mois.

« Dans ce cas et en vue d'achever la période de fonctions hospitalières qu'ils doivent accomplir, ils peuvent être recrutés par un autre établissement de santé pour exercer dans un service de la discipline ou de la spécialité dans laquelle ils ont été inscrits à l'issue des épreuves de vérification des connaissances, figurant sur la liste arrêtée par le ministre chargé de la santé. Le recrutement est régi par les dispositions du premier alinéa du présent article pour une durée qui, cumulée avec la période déjà accomplie, ne peut excéder trois ans.

« Durant leur période de fonctions hospitalières, les candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice sont régis par les dispositions des articles R. 6152-504, à l'exception du premier alinéa, de la deuxième phrase du quatrième alinéa et du dernier alinéa, R. 6152-509, R. 6152-514, à l'exception des 4°, 5°, 6° et du dernier alinéa, R. 6152-519, à l'exception du 2°, du cinquième et du dernier alinéa, R. 6152-520, du premier alinéa de l'article R. 6152-521, des articles R. 6152-524 à R. 6152-526 et de l'article R. 6152-529.

« Lorsqu'à l'expiration des périodes de congés, accordées en application des articles R. 6152-521 et R. 6152-524, durant lesquelles tout ou partie de leur rémunération leur a été maintenue, les candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice ne sont pas reconnus aptes à la reprise de leurs fonctions par le comité médical, ils sont placés en congé non rémunéré jusqu'à ce qu'ils soient déclarés aptes à reprendre leurs fonctions. La durée du contrat visé aux alinéas précédents peut être prorogée afin de permettre aux candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice d'achever leur période de fonctions hospitalières. »

**Mme Claire-Lise Champion.** – Plus de 8 000 médecins étrangers exercent en France, dont 39 % sont omnipraticiens. Leur cadre d'exercice mérite d'être précisé en réintroduisant les articles abrogés par le décret du 8 janvier 2009.

**M. le président.** – Amendement identique n°488, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie et J. Blanc.

**M. Alain Milon.** – Ces médecins étrangers font partie de ce qu'on appelle « l'immigration choisie ».

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous en avons largement débattu lors de la loi HPST. Que pense le Gouvernement de ces amendements ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je comprends que le *Journal officiel* ne soit pas votre

lecture de chevet (*sourires*) mais le décret du 13 octobre 2010 a réglé le problème dans le sens que vous souhaitez.

**M. Jacky Le Menn.** – Ce ne serait pas du domaine législatif ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Non, c'est de l'ordre du décret.

**M. Alain Milon.** – Je n'ai pas lu ce décret ; je ne puis faire autrement que vous croire...

*Les amendements identiques n°s 331 et 488 sont retirés.*

**M. le président.** – Amendement n°324, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 6122-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les praticiens libéraux utilisant des équipements ainsi soumis à autorisation doivent s'engager à réaliser 70 % de leur activité en secteur conventionné de niveau 1. »

**M. Yves Daudigny.** – La loi du 21 juillet 2009 impose aux établissements privés de pratiquer des tarifs de secteur 1 lorsqu'ils exercent une mission de service public ou en cas d'urgence.

Or, le niveau de tarification des actes nécessitant le recours à des équipements lourds conduit souvent à des reports, voire à des impossibilités de soins. Généralement obtenus grâce à l'accord des pouvoirs publics, ces équipements sont largement solvabilisés via des fonds publics.

Cet amendement garantit l'existence d'un filet de sécurité pour l'accès aux soins.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Il faut laisser de la souplesse ; le seuil proposé risque de créer une rigidité. Mieux vaut moduler en fonction des établissements.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'amendement serait contreproductif : 88 % des actes visés sont effectués en secteur 1 ! Cet amendement est typiquement une fausse bonne idée.

*L'amendement n°324 n'est pas adopté.*

## Article 36

**Mme Patricia Schillinger.** – Cet article est important car la France est le plus gros pays consommateur de médicaments en Europe. On a tendance à privilégier les médicaments les plus récents, alors que les génériques sont aussi bons et devraient être favorisés davantage. Il faut donc expliciter la question du service médical rendu ainsi que les relations entre le médecin et les laboratoires.

**M. le président.** – Amendement n°236, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

Alinéa 8

Remplacer les mots :

peut prononcer

par le mot :

prononce

**M. Guy Fischer.** – Nous voulons rendre automatiques les sanctions prononcées par le comité économique des produits de santé en cas de manquement d'un fabricant ou d'un distributeur. Cette automaticité est indispensable. Notre amendement est gage de limitation des dépenses par la sécurité sociale.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cette automaticité n'existe pas pour les médicaments ! Cela ferait deux poids, deux mesures ! Défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ce dispositif éliminerait l'indispensable phase contradictoire.

**M. François Autain.** – J'avais déposé un amendement sur les médicaments ; il a disparu, peut-être au titre de l'irrecevabilité.

**M. Guy Fischer.** – C'est l'évaporation des amendements ! (*Sourires*)

**M. François Autain.** – Une centaines d'études ont été présentées, et la moitié seulement ont été réalisées, sans que la moindre sanction soit prise. Il semble donc que ce que vous prévoyez ici pour les dispositifs médicaux soit déjà inefficace pour les médicaments...

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** – Je voudrais sensibiliser le Gouvernement sur le fait que certains dispositifs médicaux, efficaces médicalement, ne peuvent entrer à l'hôpital, faute d'être comptabilisés par la T2A. Il s'agit souvent de petites entreprises innovantes qui sont ainsi défavorisées.

*L'amendement n°236 n'est pas adopté.*

*L'article 36 est adopté.*

### Articles additionnels

**M. le président.** – Amendement n°246, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 2° de l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « le tact et la mesure » sont remplacés par les mots : « un plafond dont le montant est défini par décret ».

**M. François Autain.** – Nous revenons sur le problème des honoraires. La notion de « tact et de mesure », qui autorise tous les abus, est trop floue.

**M. Nicolas About.** – C'est ça qui est génial !

**M. François Autain.** – Mieux vaut un plafond de dépassement, fixé par décret. L'état de fortune du patient ne peut tout justifier, non plus que l'existence d'une assurance complémentaire. Ce ne sont pas les plus riches qui se plaignent le plus des dépassements mais le médecin doit-il se transformer en évaluateur des signes extérieurs de richesse ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – J'ai toujours été très dubitatif sur la notion de tact et de mesure mais le système semble fonctionner...

**M. Guy Fischer.** – Vous fermez les yeux !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – ...à la satisfaction générale.

**M. François Autain.** – Avec 11 milliards de déficit !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La commission est défavorable à l'amendement. Peut-être M. Autain reviendra-t-il à la charge l'an prochain.

**M. François Autain.** – Je ne serai plus là !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La notion de tact et de mesure est claire. Elle dépend de cinq critères : notoriété du médecin, fortune du patient (*exclamations à gauche*), technicité de l'acte réalisé, service rendu et moyenne des dépassements demandés par les autres praticiens. L'amendement aboutirait à un adossement sur le montant qui serait ainsi fixé, ce qui aurait un effet pervers. Par définition, « le tact et la mesure » dépendent du malade et du praticien.

**M. Nicolas About.** – Et de l'opportunité de l'acte demandé !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous avez tout à fait raison

**M. François Autain.** – Le décret définissant la notion de « tact et mesure » est-il toujours en vigueur ? J'ai cru comprendre que les praticiens avaient demandé -et obtenu- son abrogation, le tact ne se définissant pas...

A mon sens, le praticien doit respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie. Dans certains cas, les dépassements dépassent vraiment le tact et la mesure !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le décret du 31 décembre 2008 a été repris par le décret d'application de l'article 54 de la loi HPST : le dispositif n'a pas été atténué mais renforcé en prévoyant des sanctions financières en cas d'abus.

*L'amendement n°246 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°249, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L.... - Peuvent faire l'objet d'une sanction prononcée par le directeur de l'agence régionale de santé les établissements de santé qui exposent les assurés sociaux au cours de l'exercice d'une mission de service public à des dépassements d'honoraires. »

**M. Guy Fischer.** – La loi HPST autorise les établissements privés commerciaux à assurer des missions de service public, ce que nous contestons. Année après année, on constate l'affaiblissement du service public hospitalier, qui n'a même plus d'existence légale depuis la loi HPST. Or les cliniques privées bénéficient d'un mécanisme d'aspiration de la clientèle.

Au cas où ces établissements à but lucratif assurent des missions de service public, ce doit être au tarif opposable. J'avais défendu un amendement en ce sens lors de la loi HPST. Le rapporteur, à l'époque Alain Milon, avait jugé l'idée intéressante. Vous aviez repoussé l'amendement, madame la ministre, en précisant que c'était la règle et que les établissements qui ne la respecteraient pas s'exposeraient à des sanctions ordinaires ou à des sanctions financières décidées par l'assurance maladie.

C'est là que le bât blesse, car l'Ordre des médecins n'est pas le plus compétent pour prononcer des sanctions, extrêmement rares même pour les refus de soins, et la profession a condamné le *testing* comme une forme de harcèlement! C'est pourquoi nous proposerons que les ARS en soient chargées.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je renvoie au débat sur la loi HPST. Pour ce qui est des sanctions, Mme la ministre répondra.

En tout cas, la rédaction est imparfaite : il faudrait au moins décrire les conditions de la sanction, renvoyer à un décret, etc. Je vois là un amendement d'appel.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – On progresse ! M. Autain reconnaît que les missions de service public doivent s'exercer à tarif opposable, comme l'a prévu l'article premier de la loi HPST.

Bien sûr, le non-respect du principe expose à des sanctions financières ou ordinaires. Par nature, ces dernières relèvent de l'Ordre des médecins. Faut-il transférer les sanctions financières aux ARS ? A chacun son métier et les médecins seront bien gardés !

**M. Guy Fischer.** – Nous vous faisons confiance !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je fais confiance aux caisses d'assurance maladie. Ne surchargeons pas les ARS, qui se mettent en place, alors que M. Vasselle a indiqué avec quelque

malignité qu'elles sont destinataires de 250 circulaires...

**M. François Autain.** – Nous avons critiqué les ARS, mais la loi est la loi. L'assurance maladie n'existe plus au niveau régional. Les ARS participent à la gestion des risques,

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Conjointement avec la Cnam !

**M. François Autain.** – Pourquoi ne pas leur confier le soin de prononcer des sanctions ?

*L'amendement n°249 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°569, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 21° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence des soins, le contrôle médical ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. »

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La convention médicale doit pouvoir prévoir une rémunération des médecins à la performance, nécessaire à la modernisation de l'offre de soins de premiers recours et qui n'est aujourd'hui possible que sur la base de contrats souscrits individuellement par les médecins, les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Capi), dont 16 000 ont été signés.

Cet amendement vise ainsi à ce que les stipulations de ces contrats puissent être reprises dans la convention médicale, et donc négociées entre l'Uncam et les syndicats représentatifs. On ferait un pas de plus vers une nouvelle rémunération des professionnels de santé.

**M. le président.** – Sous-amendement n°600 à l'amendement n°569 de M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, présenté par le Gouvernement.

Sous-amendement à l'amendement n°569

I.- Alinéa 3

Supprimer les mots :

la participation à la permanence des soins, le contrôle médical

II.- Compléter l'amendement par un paragraphe ainsi rédigé :

II.- L'article L. 162-32-1 du même code est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements individualisés du centre de santé peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci. »

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le Gouvernement est favorable à cet amendement à condition que soient supprimées les références à la permanence des soins et au contrôle médical. Depuis la loi HPST, la permanence des soins ne relève en effet plus du champ de la convention médicale. En outre, le contrôle médical relève de la compétence exclusive du directeur général de l'Uncam et ne peut donc pas entrer dans la convention médicale.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – A titre personnel, j'accepte ce sous-amendement, qui prouve l'utilité de la séance publique pour améliorer le travail accompli en commission. Cela continuera sans doute jusqu'à la CMP...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Bien entendu, la base légale du Capi demeure.

**M. François Autain.** – Vous complexifiez jusqu'à l'absurde un système conventionnel déjà très complexe. Cela explique peut-être son échec.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avec 16 000 Capi !

**M. François Autain.** – En tout cas je suis très réservé.

*Le sous-amendement n°600 est adopté ainsi que l'amendement n°569, sous-amendé ; l'article additionnel est inséré.*

**M. le président.** – Amendement n°425, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si les médicaments visés à l'alinéa précédent sont considérés par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, comme n'apportant aucune amélioration du service médical rendu, le ministre chargé de la santé et de la sécurité

sociale ne les inscrit pas ou procède sans délai à leur retrait de la liste visée au premier alinéa. »

**Mme Annie David.** – Cette année encore, la HAS note que l'innovation thérapeutique est en baisse puisque 89,9 % de molécules n'apportent aucune amélioration au service médical rendu.

Mais combien de médicaments inactifs sont autorisés, à des tarifs accrus ?

En 2009, 35,4 milliards ont été consacrés à l'achat de médicaments, bien plus que la masse des honoraires médicaux.

Parmi les dix produits dont le chiffre d'affaires a le plus augmenté, certains n'améliorent en rien le service médical rendu. Il est anormal qu'ils continuent à être remboursés.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cet amendement récurrent est présenté cette fois par Mme David mais je ne doute pas que M. Autain expliquera son vote...

Faut-il rembourser les médicaments n'apportant aucune amélioration au service médical rendu, à un tarif plus élevé que les spécialités existantes ? M. Renaudin a toujours été clair à ce sujet.

Madame Bachelot, pourriez-vous faire preuve de pédagogie envers M. Autain ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est impossible !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je suis convaincu par l'argument de M. Renaudin, le président du Comité économique des produits de santé, fondé sur la meilleure réponse de certains patients ou par de moindres effets indésirables. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je crains de ne pas pouvoir convaincre M. Autain et Mme David, mais je vais essayer.

Il peut être très utile d'accepter des médicaments n'apportant aucune amélioration au service médical rendu mais auxquels certains patients répondent mieux, dès lors que le prix de vente diminue. Cet amendement tuerait les génériques.

**M. Guy Fischer.** – C'est une provocation !

**M. François Autain.** – A l'évidence, les génériques ne sont pas visés par notre amendement, applicable aux seuls nouveaux produits, évalués par la commission de la transparence dans les conditions prévues à l'article L. 5123-3.

L'amendement reprend la position exprimée par le président du Ceps. La *Cordarone* est concurrencée par un autre défibrillateur coronarien, le *Mylan*, qui n'apporte aucune amélioration au service médical rendu et qui est vendu nettement plus cher, au point que le patient a un reste à charge de 40 euros supplémentaires !

Le directeur du Ceps est très fort d'avoir réussi à convaincre que l'on faisait ainsi faire des économies à la sécurité sociale ! Ce n'est qu'une arnaque de laquelle le Gouvernement ne devrait pas être complice.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vos paroles dépassent votre pensée !

*L'amendement n°425 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°207 rectifié *ter*, présenté par Mmes Procaccia, Bout, Hermange, Desmarescaux et Rozier et MM. Laménie, Cambon, Leroy et J. Gautier.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« 9° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent à la subvention des cotisations dues par les centres de santé en application de l'article L. 162-32.

« La ou les conventions fixent le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction de l'importance des dépassements pratiqués ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les centres de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent.

« A défaut, le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation sont fixés par décision du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

**M. Marc Laménie.** – L'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale organise le versement par les caisses primaires d'assurance maladie aux centres de santé d'une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres. Elle représente 11,5 % des salaires bruts.

Or, les centres de santé pratiquent des dépassements d'honoraires pour les soins dentaires. Leur prise en charge introduit une discrimination envers les professionnels de santé libéraux puisque la participation des caisses à leurs cotisations d'assurance maladie est assise sur le montant des cotisations calculées sur les seuls honoraires remboursables par l'assurance maladie obligatoire et hors dépassement, contrairement aux centres de santé.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La commission approuve cet amendement pertinent.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il y a confusion. L'assiette des cotisations d'un médecin libéral est constituée par les honoraires sans

dépassement ; l'assiette des cotisations d'un médecin salarié est constituée par son salaire. Je ne comprends pas que la commission accepte un tel amendement !

**M. Guy Fischer.** – Ils ne supportent pas les centres de santé ! Bravo, madame la ministre !

*L'amendement n°207 rectifié *ter* est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°570, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients. »

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous étendons aux dispositifs médicaux ce qui s'applique aux médicaments de la « liste en sus ».

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avis favorable.

**M. François Autain.** – J'approuve l'intention du rapporteur général, mais pourquoi les établissements doivent-ils acheter des produits à des prix supérieurs au tarif de responsabilité ? Un hôpital pourrait-il refuser de prendre en charge un patient à cause du prix excessif des médicaments ou dispositifs médicaux nécessaires à son traitement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Imaginons qu'un dispositif innovant de 500 euros puisse se substituer à un dispositif de 200 euros pris en charge au titre de la T2A : il s'agirait de mettre 300 euros sur la liste en sus afin que la sécurité sociale ne paie pas deux fois les 200 euros. Suis-je claire ?

**M. François Autain.** – Sur cet exemple, oui.

*L'amendement n°570 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°241, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - I. - Le schéma régional de l'organisation des soins détermine également les zones dans lesquelles, en raison d'une densité particulièrement élevée de l'offre de soins, l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé, est subordonnée à l'autorisation de l'agence régionale de santé.

« II. - Ce zonage est établi en fonction de critères qui prennent en compte :

« 1° La densité, le niveau d'activité et l'âge des professionnels de santé ;

« 2° La part de la population qui est âgée de plus de 75 ans ;

« 3° La part des professionnels de santé qui exerce dans une maison de santé ou un centre de santé ;

« 4° L'éloignement des centres hospitaliers ;

« 5° La part des professionnels de santé qui sont autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

« Ce zonage est soumis pour avis à la conférence régionale de santé. »

**M. François Autain.** – Il s'agit des « zones blanches ». Nous voulons soumettre l'installation des médecins à l'autorisation des agences régionales de santé, dans le cas des zones surdensifiées et pour certaines spécialités médicales, afin d'éviter que certaines zones soient sursaturées alors que d'autres manquent cruellement de médecins.

Les déserts médicaux compromettent le droit de nos concitoyens à accéder aux soins. Selon MG France, trois arrondissements de l'est parisien manquent de praticiens, tout comme la Seine-Saint-Denis.

Rien de surprenant à cela puisque la pauvreté est le premier facteur de sous-consommation médicale. Il en résulte de graves effets pour la santé des intéressés mais aussi pour les finances publiques, avec une prise en charge hospitalière, donc très coûteuse, au lieu d'une visite immédiate chez le médecin de premier recours. Par cet amendement je veux aider la ministre.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Encore une question récurrente. Des mesures ont été envisagées ; les ARS ont une mission en ce sens. Attendons d'évaluer la loi HPST, avant d'envisager de nouvelles mesures.

Pour l'instant, il est urgent de laisser les ARS absorber les 250 circulaires...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – M. Autain veut m'aider. *Timeo danaos et dona ferentes.* (Sourires)

**M. Gérard Longuet.** – C'est le Cheval de Troie !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Nous en avons débattu à propos de la loi HPST. Avis défavorable à ce cavalier.

**M. François Autain.** – Ce n'est pas le seul ! La médecine du travail dans la réforme des retraites ? Certaines dispositions de la loi HPST concernaient la lutte contre les déserts médicaux, mais elles ont été suspendues.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Que vous n'aviez pas votées !

**M. François Autain.** – Je les jugeais inapplicables. Ce n'est pas la raison de leur suspension ! (Sourires)

Il faut environ deux ans pour élaborer un SROS, à quoi s'ajoute un délai de trois ans. Quand commencera-t-on à réagir ? M. Fourcade prépare une proposition de loi qui videra le dispositif de toute portée.

Le Gouvernement reste spectateur et ne propose rien pour mettre fin à la désertification.

*L'amendement n°241 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°242, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L.... - Un décret en Conseil d'État détermine les règles d'accessibilité aux soins mentionnés à l'article L. 1411-11. Ces règles prennent en compte :

« 1° La distance et la durée d'accès aux professionnels de santé qui dispensent ces soins ;

« 2° Les délais dans lesquels ces professionnels sont en mesure de recevoir les patients en consultation, hors cas d'urgence médicale ;

« 3° Le nombre de professionnels de santé libéraux autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

« Sauf circonstances exceptionnelles, ces règles doivent permettre que la durée d'accès à un médecin mentionné à l'article L. 4130-1 n'excède pas trente minutes de trajet automobile dans les conditions normales de circulation du territoire concerné. »

**Mme Annie David.** – Le SROS est censé favoriser l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population. Nous voulons fixer des règles d'accessibilité aux soins de premier recours afin que la politique régionale de santé contribue effectivement à réduire les inégalités d'accès aux soins, mais aussi pour favoriser l'aménagement du territoire : les soins font partie des services publics déterminant l'attractivité d'une zone d'habitation. Le rapport d'information sur l'avenir de la montagne y insiste.

Après la fermeture de la maternité du plateau Matheysin, on ne peut aller accoucher qu'en prenant la route Napoléon, sur un parcours très dangereux...

**Mme Christiane Demontès.** – Tout à fait !

**Mme Annie David.** – ...où il y a quelques années, de nombreux pèlerins polonais ont trouvé la mort après la sortie de route de leur autocar.

En montagne, les distances se mesurent en temps de trajet, non en kilomètres.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Ce sujet a largement été débattu à l'occasion de la loi HPST.

Laissons les directeurs généraux d'ARS utiliser les outils dont ils disposent. Je ne désespère pas de l'action conduite par le Gouvernement : lisez les 250 circulaires adressées aux ARS ; vous y trouverez votre bonheur !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est un cavalier social. Les outils nécessaires à la loi HPST se mettent place.

Parmi les médecins de premier recours, seuls 10 % appliquent des dépassements d'honoraires, souvent limités à un ou deux euros.

*L'amendement n°242 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°244, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 1434-8 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les zones où cette évaluation fait apparaître que l'offre de soins de premier recours est particulièrement élevée, tout nouveau conventionnement de médecins est suspendu pendant une durée de trois ans. »

**M. Guy Fischer.** – En avril, le Conseil de l'ordre des médecins a publié un atlas de la démographie médicale montrant que la région Paca disposait d'une densité médicale supérieure à celle de l'Île-de-France, avec de forts contrastes entre la côte -405 médecins pour 10 000 habitants- et l'arrière-pays -274. En région parisienne, la densité moyenne de 373 médecins pour 100 000 habitants masque de très fortes disparités entre Paris -742 médecins- et la Seine-et-Marne -213, sachant que la densité s'accroît dans le Val-d'Oise mais décroît dans l'Essonne.

Les jeunes médecins représentent 42 % des inscrits à l'Ordre en Corse, mais surtout dans les villes. Nous proposons que les jeunes praticiens ne s'installent pas en zone surdenses.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Vous êtes cohérents, la commission aussi : elle est défavorable à l'amendement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Pour une fois, ce n'est pas un cavalier social.

**M. Guy Fischer.** – Quand même !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Rendons à César comme au conventionnement ce qui leur revient.

Avis défavorable à un amendement contre-productif : ces médecins choisiraient un autre mode d'exercice, ils n'iraient pas pour autant dans les zones sous-denses.

**M. Guy Fischer.** – Il n'y a donc pas de solution...

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Pas celle-là !

**M. Alain Milon.** – Chez nous, nous disons « Provence-Alpes-Côte d'Azur », pas Paca ! Nous sommes des Provençaux, non des Pacaïens !

La densité médicale sur la côte d'Azur s'explique surtout par le grand nombre de spécialistes. Surtout, 30 à 40% des médecins formés à Marseille s'installent dans une autre région.

**M. François Autain.** – Ils vont dans le Nord ?

**M. Alain Milon.** – Nombre de généralistes de Picardie nous rejoignent.

*L'amendement n°244 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°351, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 5121-5, sont insérés deux articles ainsi rédigés :

« Art. L. 5121-5-1. - Les pharmaciens sont tenus, dans tous leurs actes de dispensation de médicament d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

« Art. L. 5121-5-2. - Les pharmaciens d'officine peuvent, lors de la dispensation de médicament effectuer un déconditionnement, suivi d'un reconditionnement individualisé prenant en compte la durée du traitement. Le pharmacien a l'obligation d'adjoindre au reconditionnement une copie de la notice du médicament. » ;

2° L'article L. 4211-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La dispensation de médicaments effectuée sous la responsabilité d'un pharmacien d'officine avec déconditionnement et reconditionnement individualisé et sécurisé ne correspond pas à une nouvelle autorisation de mise sur le marché. »

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Les nombreux médicaments prescrits, remboursés mais non consommés représentent la moitié des remboursements à la charge de l'assurance maladie.

Pour respecter l'ordonnance, les pharmaciens délivrent un nombre excessif de prises, en raison des conditionnements utilisés par l'industrie pharmaceutique.

Ainsi, les boîtes d'antihistaminiques comportent au moins quinze doses quotidiennes alors que la prescription est en général de trois jours. Nous

proposons de nous inspirer de l'exemple des Pays-Bas.

Il est vrai que cela requiert un peu de courage politique face à certains *lobbies*.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Pas d'objection sur le principe, mais sur les modalités de mise en œuvre. L'arrêté ministériel relatif aux bonnes pratiques est-il suffisamment précis ? J'ajoute que l'amendement n'aborde pas la question du prix de la manipulation qui sera facturé par le pharmacien. Mieux vaudrait convaincre les laboratoires de prévoir des conditionnements adaptés. Retrait.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La première disposition de l'amendement figure déjà dans le code. Les économies attendues ne seraient pas au rendez-vous avec les opérations de déconditionnement et de reconditionnement. Dans les pays qui ont adopté une telle pratique, les médicaments sont plus chers qu'en France... Bien sûr, certains médicaments ne sont pas consommés, mais cela relève d'une mauvaise observance des traitements ; c'est affaire d'éducation thérapeutique. (*M. Bernard Cazeau s'exclame*) La préparation des doses à administrer fait déjà partie des tâches du pharmacien. Je viens de signer le décret en Conseil d'État sur les bonnes pratiques en la matière, qu'un arrêté viendra préciser. Défavorable.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – La meilleure solution serait évidemment que les laboratoires conditionnent les médicaments en fonction des pathologies...

**M. François Autain.** – Les Français sont les premiers consommateurs de médicaments au monde, en volume sinon en valeur.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ils sont moins chers qu'ailleurs !

**M. François Autain.** – Pas tous : nos médicaments à SMR 1, 2 ou 3 sont plus chers...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Mais non !

**M. François Autain.** – Les malades ne suivent pas les prescriptions des médecins ? C'est parce que celles-ci ne correspondent pas au contenu des boîtes. Cet amendement est bienvenu, nous le voterons.

**M. Adrien Giraud.** – Cet amendement est conforme à ce qui se pratique à l'hôpital de Mayotte. Pourquoi cela ne pourrait-il s'appliquer dans l'Hexagone ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La différence est entre l'hôpital et la ville, pas entre Mayotte et l'Hexagone !

*L'amendement n°351 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°354, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle,

M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Teulade, Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot et Mmes Ghali et San Vicente-Baudrin.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 5121-10 du code de la santé publique est supprimée.

**M. Jacky Le Menn.** – La France est encore en retard pour le développement des génériques : seulement une boîte sur six, contre une sur deux aux Pays-Bas ou au Danemark. Selon la mission d'évaluation de l'Assemblée nationale, l'économie pour la Cnam pourrait être de 3,8 milliards. La Commission européenne a, de son côté, mis en évidence les moyens utilisés par les laboratoires pharmaceutiques pour limiter ou retarder la commercialisation des génériques, dépôts intempestifs de brevets, actions en justice infondées, campagnes de dénigrement... Nous proposons de supprimer le triple niveau d'alerte.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Le dispositif a été modifié : le Gouvernement s'est rendu compte que l'Afssaps n'était pas armée en matière de droits de propriété intellectuelle. Je n'ai pas le sentiment que l'amendement réponde au problème qu'il soulève. Mme la ministre nous dira ce qu'elle pense de l'enquête de Bruxelles... Retrait ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le rapport d'enquête de la commission a en effet mis en évidence certaines dérives. Pour autant, l'amendement n'est pas opportun : l'information préalable est la contrepartie de la possibilité de délivrer l'AMM avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle. Cette phase d'information permet au laboratoire princeps de faire valoir ses droits et d'éviter des contentieux ultérieurs. Défavorable.

**M. Nicolas About.** – Il est évident que je ne puis soutenir un tel amendement. La recherche doit être encouragée, la propriété intellectuelle protégée. Nous avons vu des génériqueurs attaquer des molécules encore protégées.

Je dis cela sans conflit d'intérêt : si j'ai été cadre de l'industrie pharmaceutique, cela m'a donné une vision particulière de ces problèmes, que tous n'ont peut-être pas. Sans respect de la propriété intellectuelle, il n'y aurait pas de recherche.

**M. Alain Milon.** – Très bien !

*L'amendement n°354 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°248, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le chapitre I du titre VI du livre premier de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre....

« Modalités de contrôle de l'exercice de missions de service public par les établissements de santé privés

« Art. L.... - Les établissements de santé privés, dès lors qu'ils sont amenés à participer à une ou plusieurs missions de service public, organisent dans un recueil spécifique la séparation comptable entre les recettes et les dépenses liées à des activités effectuées par lesdits établissements en raison desdites missions de service public et des activités non liées à l'exécution de ces missions.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles les établissements de santé privés participant à une ou plusieurs missions de service public soumettent les comptes ainsi organisés à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements.

« Art. L.... - Les comptes ainsi certifiés doivent attester que les établissements de santé privés participant à une ou plusieurs missions de service public ne tirent aucun bénéfice financier de l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

« Art. L. ... - Le directeur des établissements de santé privés communique au directeur de l'agence régionale de santé et de la chambre régionale et territoriale des comptes les conclusions du recueil mentionné à l'article L.....

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles le directeur de l'agence régionale de santé et la chambre régionale et territoriale des comptes organisent la publicité des conclusions mentionnées à l'alinéa précédent.

« Art. L.... - Le directeur de l'agence régionale de santé, s'il constate, au regard des éléments comptables communiqués par les établissements de santé privés, l'existence d'un bénéfice financier au titre de l'exercice par cet établissement d'une ou de plusieurs missions de service public, dispose, dans un délai de six mois à compter de cette publication, de la capacité juridique pour exiger de l'établissement de santé privé le remboursement des bénéfices ici mentionnés.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles le directeur de l'agence régionale de santé organise les mécanismes de récupération des sommes visées à l'alinéa précédent. »

**M. François Autain.** – Nous proposons d'obliger les établissements commerciaux de santé auxquels sont confiées des missions de service public à présenter à l'ARS et à la chambre régionale des comptes dont ils relèvent leurs documents comptables pour faire la preuve qu'ils ne font pas de bénéfices sur ces missions. Le problème se pose avec d'autant plus

d'acuité que vous privez l'hôpital public de ressources -on l'a vu hier à propos de Tenon.

En réponse au même amendement, M. Milon demandait l'an dernier pourquoi les établissements commerciaux accomplissaient des missions de service public si ce n'est pas pour faire des profits. Tout est dit... Nous sommes opposés à cette conception qui fait de la santé une marchandise.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Le sujet a été largement évoqué lors de la loi HPST...

Faut-il vraiment passer par la voie législative pour atteindre le résultat souhaité ? Il ne nous semble pas.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le code de la santé impose déjà aux établissements de santé privés de transmettre à l'ARS leurs comptes certifiés par un commissaire aux comptes. Les contrats d'objectifs et de moyens définissent en outre clairement les missions de service public qu'ils assurent. Ils ne viennent pas se servir sur une étagère. La transparence est totale. Défavorable.

*L'amendement n°248 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°317 rectifié, présenté par MM. Barbier, de Montesquiou et Detcheverry et Mme Escoffier.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Afin de garantir l'accès aux soins à tous les assurés sociaux et de prendre en compte l'exercice en plateau technique lourd, les parties signataires de la convention médicale prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale engagent une négociation en vue de la conclusion d'un avenant au règlement arbitral approuvé par l'arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale permettant la mise en œuvre du secteur conventionnel à caractère optionnel.

**M. Gilbert Barbier.** – Depuis le 6 février 2010, la convention médicale n'existe plus. Je reviens donc sur les dépassements d'honoraires. J'entends forcer le pas sur le secteur optionnel avec cet amendement d'appel.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Votre impatience est justifiée. On avance lentement. Les élections ont lieu, la représentativité des syndicats est claire. Chacun semble prêt, hormis peut-être l'Uncam. Puisse le Gouvernement faire en sorte que l'on avance vraiment ! Sinon, nous devons voter le même amendement l'an prochain. L'appel devrait être entendu !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Quelle acidité dans les propos du rapporteur général ! Un sujet aussi structurant que la question du secteur optionnel doit être traité dans le cadre de négociations, qui doivent être précédées du processus électoral. Les élections ont eu lieu, l'enquête de représentativité est

lancée : les négociations conventionnelles vont pouvoir reprendre.

On a dit que j'aurais été opposée à l'accord de 2009. Pas du tout ! J'avais seulement jugé que ce n'était qu'un point d'étape et que les objectifs n'étaient pas clairs -on ne savait pas, par exemple, si l'on allait compter en volumes d'actes ou d'honoraires. Les praticiens sont relégitimés. On va pouvoir avancer ! Retrait.

*L'amendement n°317 rectifié est retiré.*

**Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales.** – Le Gouvernement a déposé quatre amendements ; la commission va se réunir à 14 heures 45 pour les examiner.

*La séance est suspendue à 13 heures.*

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT,  
VICE-PRÉSIDENT

*La séance reprend à 15 heures.*

**M. le président.** – Amendement n°429, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement dépose sur le Bureau des assemblées, au plus tard le 31 décembre 2011, un rapport faisant le bilan d'application de la création du médecin traitant et mesurant les effets de la mise en place du parcours de soins.

**Mme Annie David.** – Les économies attendues de ce mécanisme ne sont pas avérées, car le spécialiste consulté se borne à demander le nom du médecin traitant, alors que le parcours de soins devait faire du généraliste le pivot du système de santé. Mais cela perd tout sens si un spécialiste peut servir de médecin traitant et si celui-ci peut être changé chaque jour, comme vous l'aviez indiqué, madame la ministre.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Avis défavorable à ce rapport de plus.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis.

**M. François Autain.** – Merci pour cette réponse argumentée.

**M. Nicolas About.** – Comme l'an dernier.

**M. François Autain.** – Non ! L'amendement n'est pas récurrent !

La réforme du médecin traitant devait améliorer les soins dispensés à nos concitoyens. Qu'en est-il, alors que les parcours de soins restent anarchiques et que le médecin traitant ne joue pas son rôle ? Il est nécessaire de procéder à une évaluation.

Pouvez-vous au moins nous fournir cette assurance ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les rapports sur ce système sont publiés tous les deux ans par l'assurance maladie : vous pouvez les consulter. Le succès est au rendez-vous, puisque 85 % des Français ont un médecin traitant. Mais nous respectons la liberté de choix du malade, avec cette preuve par l'absurde qu'il pourrait changer de médecin traitant chaque jour...

*L'amendement n°429 n'est pas adopté.*

### **Article 36 bis**

**M. le président.** – Amendement n°68, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 2

Après les mots :

« ou les étudiants »

supprimer la fin de cet alinéa.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La loi HPST a créé une allocation en faveur des étudiants en médecine s'engageant à exercer en zones sous-denses. Un arrêté fixe à 400 le nombre de bénéficiaires pour 2010-2011.

Pourriez-vous faire le point du dispositif ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les premiers contrats seront signés à la fin du mois. Je ne peux donc pas encore faire le point. Mais avis favorable à l'amendement.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je le rectifie.

**M. le président.** – Amendement n°68 rectifié, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 2

remplacer les mots :

dégressif est au plus égal aux

par les mots :

dégressif égale au plus les

*L'amendement n°68 rectifié est adopté.*

*L'article 36 bis, modifié, est adopté.*

### **Article 36 ter**

**M. le président.** – Amendement n°430, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer cet article.

**M. Guy Fischer.** – Cet article tend à développer les alternatives à l'hospitalisation, mais en reste à

l'affichage puisqu'il ne concerne pas la pratique des médecins.

Le champ des alternatives est très large.

Selon les autorités sanitaires américaines, la mortalité est parfois bien plus élevée dans le cadre de prises en charge ambulatoires, ce qui justifie une certaine prudence.

En outre, la motivation ne doit pas être purement comptable : mieux vaut examiner le sujet dans le cadre d'une loi de santé publique ou de la proposition de loi de M. Fourcade, qui, d'après ses déclarations au *Quotidien des médecins*, sera examinée en décembre.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La commission n'est pas favorable à la suppression de l'amendement.

*L'amendement n°430, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

*L'article 36 ter est adopté.*

### **Article 36 quater**

**M. le président.** – Amendement n°431, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer cet article.

**M. François Autain.** – L'intérêt des malades doit être le premier critère des dialyses à domicile : mieux vaut aborder ce sujet dans le cadre d'une loi de santé publique.

En moyenne, les dialysés ont 70 ans. Il faut respecter leur volonté : certaines personnes ne peuvent être traitées à domicile. Nul ne peut décréter le nombre de dialyses réalisées à domicile, d'autant que tous les néphrologues ne sont pas au fait des techniques, comme la dialyse péritonéale.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis.

**M. François Autain.** – Les personnes en maison de retraite ont souvent besoin d'une dialyse péritonéale. Or, un directeur avisé ne tient pas à augmenter le prix de journée. Résultat : l'acte est souvent pratiqué à l'hôpital, à un coût supérieur. Mieux vaudrait permettre la facturation de l'acte en sus du prix de journée, plutôt que d'inscrire un simple objectif dans le Sros.

La proportion des dialyses péritonéales est directement corrélée à la pratique libérale. Il faut donc agir en amont. Dommage que le Gouvernement n'entende pas le faire.

**M. Bernard Cazeau.** – M. Autain a raison : la dialyse péritonéale dépend pour une grande part de la pratique médicale. Précisons que les néphrologues sont partagés.

*L'amendement n°431 n'est pas adopté.*

*L'article n°36 quater est adopté.*

### **Article 36 quinquies**

**M. le président.** – Amendement n°560, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 1

Rédiger ainsi cet alinéa :

La première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 5125-15 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Simple correction rédactionnelle de clarification.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La commission avait vu le problème mais le Gouvernement s'est rattrapé. Très bien !

*L'amendement n°560 est adopté.*

*L'article 36 quinquies, modifié, est adopté.*

### **Article 36 sexies**

**M. le président.** – Amendement n°70, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – L'Assemblée nationale revient à la charge sur les « quasi génériques ». Nous persistons dans notre refus.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'Afssaps est seule juge du sort des « quasi génériques » en fonction d'une évaluation scientifique et nullement bureaucratique. De surcroît cet article fera faire des économies à l'assurance maladie.

**Mme Sylvie Desmarescaux.** – Le recours à ces produits pourrait avoir un effet sur la santé des patients L'article pourrait ouvrir la voie à l'importation de produits asiatiques déficients mais concurrençant l'usine de Dunkerque qui fabrique le princeps.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Toute la chaîne est pharmaceutique en France : cela nous met à l'abri de dérives. Le contrôle par l'Afsaps empêche la circulation de copies.

**M. Bernard Cazeau.** – Ces « quasi-génériques » devraient avoir un aspect identique à celui du princeps : les personnes âgées sont attachées à la présentation d'un médicament. Le changement de couleur et de forme peut conduire à des accidents.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La présentation fait partie de la propriété industrielle. Je comprends votre suggestion, mais elle serait contraire au droit européen.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je constate que le Gouvernement évolue. L'article a été ajouté par l'Assemblée nationale, mais la commission qui s'interroge sur les « quasi-généralistes » ne m'a pas donné mandat pour changer d'avis.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous serez peut-être sensibles aux sirènes financières : les « quasi-généralistes » peuvent faire économiser 25 millions sur une seule spécialité comme l'Innexium.

*L'amendement n°70 est adopté  
et l'article 36 sexies est supprimé.*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est 25 millions !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – On verra en CMP.

### Article 36 septies

**M. le président.** – Amendement n°71, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéas 4 et 5

Supprimer ces alinéas.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – L'article aide à la diffusion des logiciels certifiés d'aide à la prescription, mais il n'est pas nécessaire d'alourdir l'article L. 162-5 du code.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je ne conteste pas la simplification, bienvenue par nature. Toutefois, l'avis est défavorable car ces logiciels apportent une véritable révolution culturelle. Je veux inciter les médecins à intégrer des logiciels dans leur pratique quotidienne.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Pourquoi faut-il attendre une convention ? Le fonds est immédiatement mobilisable !

**M. Alain Milon.** – L'article impose-t-il ou non d'attendre la convention ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – En ajoutant le financement à la certification, je peux rendre celle-ci obligatoire. Si je ne mets pas la certification, mon article est un cavalier... C'est une question de technique parlementaire. Suis-je claire ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous voulons que le dispositif soit rapidement opérationnel.

*L'amendement n°71 est retiré.*

*L'article 36 septies est adopté.*

### Article 36 octies

**M. le président.** – Amendement n°72, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Rédaction trop générale : nous voulons éviter la substitution abusive de produits.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cet article introduit un cadrage général, précisé par un décret en Conseil d'État afin de prendre en compte la diversité des situations. Je pense à la délivrance de boîtes de 50 compresses pour 10 prescrites, ou à la délivrance en une seule fois de compléments nutritionnels pour trois mois, etc...

On pourrait préciser en CMP la rédaction de l'article.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Pour laisser l'article en navette, il faut voter notre amendement. Il demeure une difficulté à propos de la propriété intellectuelle.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il n'y a pas de risque à ce sujet !

**M. Gilbert Barbier.** – Pour des raisons de marge, le pharmacien d'officine a intérêt à délivrer trois boîtes mensuelles plutôt qu'une boîte trimestrielle.

*L'amendement n°72 est adopté.*

*L'article 36 octies est supprimé.*

### Article additionnel

**M. le président.** – Amendement n°390, présenté par M. About et les membres du groupe UC.

Après l'article 36 octies, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La dernière phrase du quatrième alinéa du III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « proportionnel au revenu visé à l'article I A du code général des impôts et qui ne peut être inférieure à 0,4 % de ce revenu ».

**M. Nicolas About.** – Cet amendement de principe rend la franchise médicale annuelle proportionnelle au revenu net global imposable. Tout le monde a droit aux mêmes prestations, financées à proportion des capacités des assurés. Il faut accentuer le principe de « chacun selon ses moyens », car la franchise annuelle maximale frappe indifféremment le Smicard et le milliardaire.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cet amendement est intéressant, mais très compliqué : sa mise en œuvre suppose un échange de renseignements entre l'assurance maladie et les services fiscaux... c'est une question de volonté politique. Sagesse.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – M. About ouvre un débat très intéressant sur le reste à charge. Techniquement, ce dispositif serait extrêmement difficile à mettre en œuvre. Le contribuable et l'assuré social ne relèvent pas des

mêmes fichiers. En outre, la franchise proposée excéderait 69 euros pour le revenu médian ; c'est beaucoup plus qu'actuellement. Retrait ?

**M. Nicolas About.** – On m'oppose les mêmes objections depuis fort longtemps. L'important n'est pas le taux ; c'est le principe. Je n'en ferai pas une affaire si je suis battu mais je souhaite au moins que le Parlement se prononce sur le principe.

**M. Guy Fischer.** – Il est temps de faire le bilan des franchises médicales et participations forfaitaires. Avec de tels dispositifs, on ratisse large, ce qui rapporte gros ! Le dispositif des franchises opère une préemption sur les droits des plus modestes. On en est à croiser certains fichiers, sous prétexte de combattre la fraude. M. About propose en fait d'accroître insidieusement la participation des assurés.

Avec son avis de sagesse, le rapporteur général est allé vite en besogne car on est loin d'évaluer les effets d'un tel dispositif.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** – J'avais présenté les qualités cet amendement il y a deux ans. La commission des finances l'avait refusé, au nom de la loi de 1945, aujourd'hui moribonde.

**M. Guy Fischer.** – Vous voulez la tuer !

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** – Pas du tout : nous voulons l'adapter. Nous avons besoin d'équité et de recettes. Sans être un dangereux révolutionnaire, on peut vouloir moduler, au nom de la solidarité.

Le croisement des fichiers est possible. C'est une question de volonté politique.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ce débat aura lieu à l'occasion des prochaines élections présidentielles. Ne l'engageons pas de façon subreptice. Je ne porte aucun jugement de valeur. Les cotisations sont déjà proportionnelles aux revenus.

On peut introduire une double proportionnalité, mais cela viendrait contrecarrer le pacte national issu du CNR. On ne peut pas le mettre en pièces ici, à l'occasion d'un PLFSS.

**M. André Lardeux, rapporteur.** – Je suis tenté de voter l'amendement de M. About, car il pose la question du financement de la sécurité sociale. La logique selon laquelle il n'est pas possible d'augmenter les prélèvements est intenable ! Je répète qu'il aurait fallu augmenter la CRDS pour apurer le passé et la CSG pour ne pas obérer l'avenir.

**Mme Raymonde Le Texier.** – La ministre a raison : le problème est global et concerne aussi, par exemple, les allocations familiales. Quand j'ai eu 70 ans, j'ai appris que dorénavant ma femme de ménage allait me coûter moins cher du fait de mon grand âge. Mon conjoint, qui vit souvent dans le Midi où il a aussi une femme de ménage, a reçu la même

lettre. Je vous assure que nous aurions les moyens de payer l'entièreté des charges sociales !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je partage le point de vue de M. About. On ne peut éviter une réflexion globale sur la question du financement. Prenons l'initiative si le Gouvernement ne le fait pas. Mettons en chantier à la commission ou à la Mecss une réflexion globale sur le financement. Rien ne serait pire que de prendre des initiatives et d'en mesurer plus tard les effets pervers !

Il y a une dynamique des dépenses de santé : il faudra bien, à un moment donné, des recettes nouvelles, mais ne les créons pas au coup par coup !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le déficit structurel de l'assurance maladie n'est que de 2 milliards. On est pratiquement à l'équilibre ! Pas besoin de mesures aussi amples que pour les retraites.

Il n'y a que 18 % des assurés qui atteignent le plafond des 50 euros. La plupart sont très en-deçà.

Enfin, le Gouvernement a apporté sa pierre à la réflexion en demandant un rapport à MM. Briet et Fragonard ; ce rapport est à votre disposition.

**M. Nicolas About.** – J'ai été convaincu par l'argument de M. Fischer qui refuse la taxation accrue des riches ! (*Rires*)

**M. Guy Fischer.** – Je vous retiens !

*L'amendement n°390 est retiré.*

*L'article 36 nonies est adopté.*

*L'amendement n°360 rectifié n'est pas défendu.*

### Article 37

**M. le président.** – Amendement n°203, présenté par M. Leclerc, Mmes Bruguière, Sittler et Férat, MM. B. Fournier et Courtois, Mmes Malovry, Desmarescaux et Bout, MM. Cantegrit, Trillard, Milon et Gilles, Mme Rozier, MM. Cléach et Couderc et Mme Mélot.

Supprimer cet article.

**M. Dominique Leclerc, rapporteur.** – Cet article va contre le rôle reconnu aux centaines de SSR en tant que charnière de la filière de soins.

**M. le président.** – Amendement identique n°251, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

**M. Guy Fischer.** – Nous contestons la procédure de filtrage instaurée par cet article. Elle aurait pour effet d'allonger le délai de prise en charge pour les patients. Vous voulez préciser de manière drastique l'entrée dans les établissements de soins de suite, dans une perspective étroitement comptable.

**M. le président.** – Amendement identique n°332, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

**M. Jacky Le Menn.** – Nous pouvons faire nôtre cet objectif de régulation mais le dispositif proposé risque d'avoir des effets inverses à ceux que l'on recherche. La fluidité des transferts des hôpitaux vers ces structures SSR pourrait être compromise. On peut craindre d'engorger ainsi des cabinets médicaux.

*L'amendement n°476 rectifié n'est pas défendu.*

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Ces amendements sont motivés par une crainte de l'allongement des délais pour les patients. L'expérience montre que les choses ne se passent pas si mal. L'inquiétude est donc injustifiée. M. Leclerc le dit bien : la crainte concerne l'activité des établissements privés puisque les établissements publics perçoivent une dotation globale du SSR. De fait, on ne peut imaginer une politique de financement à deux vitesses.

À notre sens, le déficit structurel est bien plus important que le dit le ministre. D'où notre soutien à l'article et notre rejet de sa suppression.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Que se passe-t-il ? (*Sourires*) Pour des soins équivalents : 5 785 euros en SSR et 787 euros en cabinet de ville. L'écart est grand ; pourtant, les prescripteurs ne modifient pas leurs habitudes. En région Paca, il y a deux fois plus de prescriptions en SSR qu'en Île-de-France !

Nous voulons inciter les prescripteurs hospitaliers à ne diriger vers des SSR que si nécessaire. On a vu la possibilité de dynamiser la chirurgie ambulatoire ; cela doit être possible là aussi. Les fléchages vers les SSR devraient être sérieusement motivés, et ne pas apparaître comme allant de soi ici ou là. Il n'est pas question d'exiger une entente préalable pour chaque acte, mais d'optimiser les dépenses de l'assurance maladie. Les préoccupations tarifaires évoquées par le rapporteur seront prises en compte.

*L'amendement n°203 est retiré.*

*Les amendements identiques n°251 et 332 ne sont pas adoptés.*

**M. le président.** – Amendement n°493, présenté par M. Milon.

Alinéa 8

Remplacer les mots :

ou sans hospitalisation

par les mots :

ou en ambulatoire

**M. Alain Milon.** – Il est proposé de supprimer la mise sous entente préalable des séjours en SSR dont les établissements MCO sont prescripteurs.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – L'exposé des motifs ne correspond pas au contenu de l'amendement. M. Milon doit en aviser ceux qui ont inspiré cet amendement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il y a un risque d'ambiguïté.

*L'amendement n°493 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°333, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali et M. Teulade.

Après l'alinéa 10

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

3° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un rapport est établi et remis au Parlement le 1<sup>er</sup> octobre 2011 concernant l'évaluation de la mesure d'accord préalable pour les activités de soins de suite et de réadaptation. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge des patients en termes de délais de mise en œuvre des traitements et des transferts, de qualité de la prise en charge et du rapport bénéfices/risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la mesure pour les établissements concernés, les services des Agences Régionales de la Santé, et les organismes d'assurance-maladie. »

**Mme Patricia Schillinger.** – Nous souhaitons qu'un rapport évalue l'accord préalable introduit à l'article 37. Cela nous aiderait à préparer le prochain PLFSS.

**M. le président.** – Amendement n°492 rectifié, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, J. Blanc et Revet.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Un rapport est établi et remis au Parlement le 1<sup>er</sup> octobre 2011 concernant l'évaluation de la mesure d'accord préalable prévue à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale pour les activités de soins de suite et de réadaptation. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge des patients en termes de délais de mise en œuvre des traitements et des transferts, de qualité de la prise en charge et du rapport bénéfices/risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la mesure pour les établissements concernés, les services des agences régionales de la santé, et les organismes d'assurance-maladie.

**M. Alain Milon.** – Certaines pathologies dites « simples » peuvent aussi justifier d'une admission en hospitalisation en raison du profil polyopathologique,

des morbidités associées, de pertes d'autonomies sévères associées ou de l'isolement du patient, en SSR comme en services aigus.

Le mécanisme de l'entente préalable a suscité une lourdeur administrative que devrait supprimer en 2008 la réforme de la réglementation des autorisations d'activité de SSR. La crise sanitaire de la canicule avait également conduit à suspendre cette logique d'entente préalable. Une réintroduction partielle peut générer des difficultés dans la fluidité de la filière de prise en charge donc dans la qualité de la prise en charge globale des patients

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – L'amendement n°333 est inacceptable, car il introduit cette disposition dans le code. L'amendement n°492 rectifié est meilleur de ce point de vue. La Mecss a du pain sur la planche ! Il nous faudrait quasiment une année sabbatique pour procéder à un contrôle plus authentique que ce que rendent possibles les diverses questions, orales, cribles ou autres. Le travail législatif s'effectue à un tel rythme que notre travail de contrôle et d'évaluation est réduit à sa plus simple expression. Il faudra aborder la question en Conférence des Présidents !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Moi, je veux bien ce rapport. On mettra un conseiller général des établissements de santé là-dessus... Au moins, le rapport de M. Milon est un *one shot* et ne sera pas introduit dans le code !

*L'amendement n°333 est retiré.*

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Il faut que nous soyons informés de ce qui se passe sur le terrain, où les directeurs généraux des ARS sont à ce point surchargés qu'ils ne peuvent prendre contact avec nous. Leur tâche est déjà très lourde. Ne les accablez pas trop !

*L'amendement n°492 rectifié est adopté.*

*L'article 37, modifié, est adopté.*

## Article 38

**M. le président.** – Amendement n°313 rectifié, présenté par MM. Barbier et Detcheverry et Mme Escoffier.

Alinéa 1

Remplacer l'année :

2013

par l'année :

2012

**M. Gilbert Barbier.** – Encore un problème récurrent : c'est en 2003 qu'a été décidée cette facturation individuelle des hôpitaux à l'assurance maladie. Il devrait être possible d'appliquer la mesure un an plus tôt.

**M. le président.** – Amendement n°73, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 1

Remplacer la date :

1<sup>er</sup> janvier 2013

par la date :

1<sup>er</sup> juillet 2012

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Même esprit. Le Gouvernement pourrait *booster* un peu les choses. Mais je crois savoir que le Gouvernement n'est pas enchanté de cet amendement...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je ne suis pas opposée au fait de *booster* la cette facturation individuelle. Une expérimentation a été mise en place il y a deux ans. Elle est en cours, avec chef de projet et calendrier ; elle doit s'achever fin 2012. Il nous faut prendre le temps de l'évaluer et de voir comment mettre en place le dispositif. La date du 1<sup>er</sup> janvier 2013 est déjà très ambitieuse. À vouloir trop forcer le pas, on risquerait de déstabiliser le processus engagé. Il est, de fait, impossible de hâter le pas.

*L'amendement n°313 rectifié est retiré.*

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je vais être conciliant... Il paraît que c'est la journée de la gentillesse ! Je ne le serai pas sur tout. (*Sourires*) Puissent, pour une fois... (*rires et exclamations à gauche*)

**M. Guy Fischer.** – Pour une fois !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – ...vos engagements être tenus : les fameuses études sur la convergence, lancées en 2004 et que nous devons avoir rapidement, sont maintenant annoncées pour 2012 !

*L'amendement n°73 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°74, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 3

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 15 septembre 2011, un rapport sur les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation et sur ses premiers résultats. »

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je rectifie la date en écrivant : au 15 septembre de chaque année.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – À partir de quand ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Un point en 2011, puis en 2012 et 2013, sur ce qui aura été mis en place.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ce ne peut être qu'à partir de 2012 !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je tire les conséquences de l'amendement n°73 que vous m'avez fait retirer.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je ne vais pas encore encombrer les services !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Mme Podeur m'a dit qu'elle en avait les moyens !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Mon administration est loin d'être pléthorique.

*L'amendement n°74 est retiré.*

*L'article 38 est adopté.*

### Article additionnel

**M. le président.** – Amendement n°75, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 38, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Dans la dernière phrase du II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, les mots : « également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, » sont supprimés.

II. - Le I est applicable à compter du 1<sup>er</sup> mars 2011.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Les hôpitaux appliquent le tarif journalier de prestation (TJP) aux assurés qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, notamment aux bénéficiaires de l'aide médicale d'État. Cette disposition était transitoire dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité Or, les établissements ont beaucoup augmenté ce tarif depuis quelques années, sans justification précise. Qui plus est, l'accueil des précaires est couvert depuis deux ans par une dotation spécifique au sein des Migac.

Notre amendement de transparence supprime cette tarification dérogatoire.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – De fait, est-il pertinent de calculer l'AME sur la TJP ? Cela mérite une étude approfondie car l'économie ainsi réalisée par l'État coûterait 180 millions aux hôpitaux, dont 60 à l'APHP. Cela revient à transférer le déficit vers les établissements... qui demanderont compensation à l'assurance maladie ! Ma main droite n'ignore pas ce que fait ma main gauche ! Avant de changer quoi que ce soit en la matière, il faut prendre le temps d'une réflexion de fond. L'Igac et l'IGF vont

rendre leur rapport à la fin du mois. Attendons et nous verrons ce qui sera le plus pertinent.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – On nous avait annoncé il y a trois ans qu'on irait vers de nouveaux tarifs de l'AME...Je souhaite que nous ayons rapidement les éléments pour clarifier la situation.

*L'amendement n°75 est retiré.*

**M. Guy Fischer.** – Nous aurons un vrai débat !

### Article 39

**M. Jacky Le Menn.** – Cet article modifie l'indemnisation des personnes ayant contracté une hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine. Va-t-on vers une disparition de la société hospitalière d'assurance mutuelle, qui joue un rôle majeur ? L'insécurité juridique du secteur aurait aussi des effets désastreux sur les assureurs et réassureurs de responsabilité civile médicale. Ce dossier illustre les difficultés de l'assurance face au risque médical, en raison de l'instabilité juridique. Il faudrait mettre en œuvre une logique de responsabilité et reprendre l'article 67 de la loi du 17 décembre 2008, afin d'appliquer à l'hépatite C les mêmes dispositions que pour le VIH. La sécurité juridique est fondamentale pour ce secteur de l'assurance. L'Oniam ne doit pouvoir exercer d'action subrogatoire qu'en cas de dommage imputable à une faute. C'est le régime en vigueur pour l'infection par le VIH.

**M. le président.** – Amendement n°596, présenté par le Gouvernement.

I. - Alinéas 6 et 8

Supprimer ces alinéas.

II. - Alinéa 12

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La transaction intervenue entre l'office et la victime, ou ses ayants droit, en application du présent article, est opposable à l'assureur, sans que celui-ci puisse mettre en œuvre la clause de direction du procès éventuellement contenue dans les contrats d'assurance applicables, ou, le cas échéant, au responsable des dommages, sauf le droit pour ceux-ci de contester devant le juge le principe de la responsabilité ou le montant des sommes réclamées. L'office et l'établissement français du sang peuvent en outre obtenir le remboursement des frais d'expertise. Quelle que soit la décision du juge, le montant des indemnités allouées à la victime, ou à ses ayants droit, leur reste acquis. »

III. - Alinéas 13 à 19

Supprimer ces alinéas.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cet amendement -quelque compliqué qu'en soit la tuyauterie- n'a aucun impact sur l'indemnisation des victimes. Les victimes de contaminations par le virus

de l'hépatite C causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang sont indemnisées par l'Oniam, qui reçoit une dotation de l'EFS pour couvrir ces dépenses.

Dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale, l'article 39 avait pour objet d'améliorer le fonctionnement de ce dispositif, en permettant à l'Oniam de disposer d'un pouvoir d'enquête en échappant au secret professionnel, et de rendre opposable aux assureurs la transaction amiable conclue avec la victime. Il fallait aussi simplifier les flux financiers.

Après analyse, il nous a semblé préférable de prendre le temps de la concertation. Cette nouvelle version de l'article 39 ne modifie plus la tuyauterie de l'Oniam, une dotation étant créée à due concurrence au bénéfice de l'EPS.

Ai-je été assez claire ? (*Sourires*)

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Le Gouvernement se livre à un pas de danse surprenant.

Il y a eu le texte initial, puis celui amendé par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, et maintenant cet amendement qui ne conserve que les nouvelles procédures et réduit corrélativement la dotation de l'Oniam. Celui-ci indemnise les victimes et se fera rembourser par l'EFS, et conservera tous les recours, qu'il y ait faute ou non, contre les assureurs des anciens centres de transfusion.

La commission est favorable à l'amendement, en souhaitant que pareille valse-hésitation ne se reproduise pas à l'avenir.

**M. Guy Fischer.** – L'amendement du Gouvernement modifie à nouveau l'article 39, déjà amplement revu par l'Assemblée nationale pour clarifier les mécanismes d'indemnisation et de remboursement, avec un alignement sur le droit commun, combinant remboursement par l'Oniam et action récursoire.

La rédaction proposée n'est pas satisfaisante : c'est celui qui indemnise qui doit pouvoir demander le remboursement.

Nous voterons contre l'amendement.

**M. Alain Milon.** – Nous approuvons cet amendement, en regrettant le vote de l'Assemblée nationale qui revient sur la simplification opérée. Outre l'instabilité juridique, le texte de l'Assemblée nationale déstabiliserait le droit de la responsabilité civile médicale.

*L'amendement n°596 est adopté,  
ainsi que l'article 39, modifié.*

### Articles additionnels

**M. le président.** – Amendement n°335, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle,

M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali et M. Teulade.

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6122-18 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. ... - Un régime d'autorisation expérimental est mis en place par les agences régionales de santé sur la base du volontariat, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées. »

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Le régime d'autorisation pour appareil en imagerie ne répond pas aux objectifs de régulation attendus. La Cour des comptes dans son rapport 2010 relève des inégalités régionales flagrantes en matière d'équipements et plaide pour une modification du régime d'autorisation, le système actuel étant mis au service d'une politique de contingentement de l'accès aux soins. Notre amendement permettrait de dépasser le clivage ville-hôpital ; il permettrait d'optimiser l'utilisation des équipements, au service de la continuité des soins.

Fondé sur un projet médical commun, le pôle d'imagerie médicale serait utile aux patients, tout en rendant la carrière hospitalière plus attractive.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – L'idée est intéressante, mais la rédaction de l'amendement doit être améliorée. Qu'en pense le Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le diagnostic posé est bon, mais pas le traitement proposé.

L'enjeu est la juste utilisation des appareils et l'efficacité de l'organisation des offreurs de soins. C'est aux ARS qu'il appartient de définir le maillage territorial, dans le cadre des objectifs et schémas nationaux.

Une réflexion est en cours sur l'évolution du régime d'autorisation des équipements lourds, qui devrait déboucher en 2011. Il est envisagé de regrouper dans une même autorisation plusieurs équipements d'imagerie en lien avec la gradation de l'offre territoriale en soins d'imagerie, pour favoriser la complémentarité et la mutualisation des moyens. Il n'est pas envisagé de régime expérimental d'ici là. Défavorable.

**M. Bernard Cazeau.** – J'espère que l'évolution promise aura bientôt lieu. L'Aquitaine a bénéficié récemment d'équipements d'IRM, avec une répartition plutôt curieuse : six appareils en Gironde et un en Dordogne, rapport qui est loin de correspondre à celui de nos populations respectives. Quand on sait qu'il faut dix-huit mois pour implanter un équipement IRM,

les Périgourdiens devront encore longtemps prendre leur voiture...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La réflexion a été engagée il y a un mois, pour aboutir en 2011. Les délais de livraison ne dépendent pas de nous.

**M. Guy Fischer.** – Les fabricants sont très peu nombreux.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – De fait. En outre, il faut des radiologues...

**M. Alain Houpert.** – En tant que radiologue, j'approuve tout à fait cet excellent amendement. En matière d'imagerie lourde, la France rivalise... avec la Turquie.

*L'amendement n°335 est adopté et devient un article additionnel.*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ce n'est pas sérieux !

*L'article 39 bis est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°437 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 39 bis, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le II bis de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle tient compte pour chaque région des indicateurs de santé publique et du niveau de recours aux soins de la population. ».

**Mme Annie David.** – Les inégalités régionales de santé sont réelles avec plus de dix ans de différence d'espérance de vie entre le nord et le sud. Un ouvrier de Toulouse vivra moins longtemps qu'un cadre supérieur de son entreprise, mais un peu plus longtemps qu'un de ses collègues de Tourcoing.

« Le temps n'est plus au constat, mais à l'action » avez-vous déclaré, madame la ministre, lors d'un colloque en janvier dernier. On ne saurait mieux dire. Vous avez également raison de souhaiter des actions plus ciblées.

**M. Alain Milon.** – Les arguments du rapporteur général m'ont convaincu.

*L'amendement n°497 identique est retiré.*

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Régionaliser les tarifs serait une réforme majeure, inacceptable à ce stade. Laissons les ARS se mettre en place.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les disparités au sein d'une même région, par exemple votre région Provence-Alpes-Côte d'Azur, monsieur Milon, montrent que le critère régional n'a aucune

pertinence. Le Gouvernement privilégie les mesures préventives, de préférence à une régulation prix-volume, déstabilisante et peu opérationnelle.

*L'amendement n°437 rectifié n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°315 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, de Montesquiou et Detcheverry et Mme Escoffier.

Après l'article 39 bis, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur les modalités d'une réforme de la législation sur l'assurance de la responsabilité civile médicale des praticiens conventionnés avec l'assurance maladie, prévoyant notamment l'intervention de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux dans tous les cas où la couverture d'assurance médicale est épuisée ou expirée et sans que l'Office ne puisse obtenir remboursement des sommes pour lesquelles le praticien ne pouvait s'assurer.

**M. Gilbert Barbier.** – Pour une fois, je demande un rapport. L'article 44 de la loi de financement pour 2010 n'a pas réglé le problème des « trous » d'assurance de la responsabilité civile professionnelle médicale. Les médecins restent ainsi exposés à un risque de ruine, et les patients à celui de l'insolvabilité des praticiens. Les gynécologues sont incités à renoncer à l'obstétrique, à cause de l'épée de Damoclès suspendue au-dessus de leur tête : au-delà des 3 millions actuellement couverts, l'Oniam dispose d'une action récursoire pendant dix ans après la fin de leur activité.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous avons longuement abordé ce sujet l'an dernier, sans le régler tout à fait. La situation ne peut perdurer. La mortalité infantile semble progresser en France... Est-ce exact ?

J'en viens au rapport demandé par M. Barbier. Il semble que le Gouvernement s'approche d'une solution, qui serait un fonds de mutualisation... Retrait ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'ai anticipé le souhait de M. Barbier, puisque le rapport sera disponible fin janvier 2011, en vue de régler le problème dans les trois mois suivants. Cette affaire n'a en effet que trop duré.

*L'amendement n°315 rectifié est retiré.*

*L'amendement n°382 n'est pas défendu.*

## Article 40

**Mme Claire-Lise Champion.** – Malgré les évolutions de l'article, nous restons très réticents. Certes, il faut éviter la médicalisation excessive des accouchements, dont la dimension humaine devrait

être renforcée. Mais n'oublions pas qu'une issue létale n'est jamais exclue.

Un début de réponse a été apporté aux inquiétudes en prévoyant que les maisons de naissance seront attenantes à une structure de gynécologie-obstétrique, mais de nombreuses questions demeurent sans réponse, dont celle-ci : qui financera l'investissement ?

J'ajoute que la position du Gouvernement est paradoxale : il propose une expérimentation des maisons de naissance tout en fermant des maternités de proximité au prétexte de la sécurité...

**M. Alain Milon.** – L'absence de garanties s'oppose à cette expérimentation, alors que les normes et préconisations introduites par les plans successifs de périnatalité tendent toutes à renforcer la sécurité des parturientes et de leurs enfants.

Les résultats médiocres de la France en termes de morbidité et de mortalité maternelles, fœtales et néonatales interdisent de réduire le niveau d'exigence. J'ajoute que la notion de « grossesse à bas risque » n'a guère de sens ; tout accouchement peut nécessiter l'intervention en urgence d'une équipe pluridisciplinaire.

**M. Gilbert Barbier.** – L'expérimentation des maisons de naissance est pour le moins inopportune...

**M. Guy Fischer.** – Très bien !

**M. Gilbert Barbier.** – ...en premier lieu pour des raisons de sécurité.

Qu'est-ce qu'une grossesse ou un accouchement à bas risque ? Les expériences passées montrent un grand nombre de transferts *per-partum*. En outre, la mortalité périnatale est plus élevée dans les maisons de naissance, surtout lorsque son personnel n'est pas celui qui classiquement accompagne les femmes. Sous quel contrôle ces maisons seraient-elles placées ? Seront-elles soumises à la T2A ?

Après avoir fermé de petites maternités en invoquant l'insuffisance de leur activité, comment justifier l'expérimentation, sous la pression manifeste des *lobbies*, des maisons de naissance ? (*Marques d'approbation*)

**M. le président.** – Amendement n°121, présenté par M. Lardeux, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

**M. André Lardeux, rapporteur.** – Je vais tenter de ne pas tomber dans le travers des orateurs qui donnent en longueur ce qui leur manque en épaisseur.

**M. Guy Fischer.** – Nous sommes visés ?

**M. André Lardeux, rapporteur.** – Montesquieu connaissait bien la nature humaine...

Nous devons rester prudents au regard de nos performances dans le domaine de la périnatalité. On

nous explique depuis plusieurs années qu'il faut fermer les petites maternités. Soyons cohérents !

Plutôt que de créer une unité externe aux services de gynécologie-obstétrique, modifions le fonctionnement de ceux-ci pour qu'ils puissent accueillir des femmes qui souhaitent un environnement moins médicalisé ! (*Marques d'approbation sur plusieurs bancs*)

Je n'ai pas pu localiser l'origine de l'action de certains *lobbies*.

**M. le président.** – Amendement identique n°252, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

**M. Guy Fischer.** – Cette disposition serait censurée par le Conseil constitutionnel, faute de lien avec le texte -à moins que le Gouvernement ne recherche rien d'autre que des économies !

Cet article ne semble avoir été précédé d'aucune véritable concertation. Tout en comprenant le souhait de certaines femmes d'un accouchement moins médicalisé, moins technicisé, nous ne pouvons accepter cette expérimentation, contradictoire avec la fermeture de maternités de proximité. Mais l'essentiel est le souci de sécurité : l'adossement à un établissement de santé atteste l'existence d'un risque.

Nous nous opposerons catégoriquement à cet article 40.

**M. le président.** – Amendement identique n°316 rectifié, présenté par M. Barbier et les membres du groupe du RDSE.

**M. Gilbert Barbier.** – Il a déjà été défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°355, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste et apparentés.

**Mme Raymonde Le Texier.** – Il y a un demi-siècle que je me bats pour un accouchement sans douleur.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il est temps d'entendre une femme !

**Mme Raymonde Le Texier.** – Les socialistes ne s'opposent pas au principe des maisons de naissance, mais l'expérimentation prévue par cet article n'est ni opportune, ni urgente.

La mortalité infantile a été divisée par trois ces dernières années, précisément grâce à la médicalisation accrue du suivi des grossesses et des naissances. Mais dernièrement, la France est passée du cinquième rang au quatorzième et le taux de mortalité est reparti à la hausse.

Les grossesses qui se déroulent normalement peuvent déboucher sur de graves complications au moment de l'accouchement, surtout pour les primipares âgées.

Le flou du régime administratif et financier est inquiétant. Le Gouvernement ne poursuit-il qu'un but d'économies ? Entre l'amélioration de la prise en charge dans les maternités publiques et le souhait de quelques milliers de femmes, nous choisissons la première option.

**M. le président.** – Amendement identique n°495 rectifié, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, J. Blanc et Revet.

**M. Marc Laménie.** – L'absence de garanties de nature à préserver un haut niveau de sécurité de soins prodigués aux parturientes et aux nourrissons, s'oppose à la mise en place de cette expérimentation.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Encore un point de vue d'homme sur l'accouchement !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La commission est favorable à ces amendements de suppression, mais je dispose d'amendements de repli sécurisant les maisons de naissance si Mme la ministre parvenait à convaincre les auteurs des amendements à les retirer...

**M. Guy Fischer.** – Trahison de la position de la commission !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – On ne peut balayer d'un revers de main le souhait éprouvé par certaines femmes d'accoucher de façon moins médicalisée. Parler de *lobbies* ou de sectes, c'est ridiculiser ces femmes de façon inacceptable.

En quelques années, les accouchements à domicile ont doublé, passant de 0,5 à 1 %.

**M. François Autain.** – Combien accouchent dans la voiture ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Au demeurant, l'absence d'offre moins médicalisée ouvre un boulevard à certaines sectes...

Nous n'avancions pas au hasard, voilà quinze ans que la réflexion est lancée. Le projet d'expérimentation figurait dans le plan périnatalité 2004-2007. Les démarches de pays étrangers sont très intéressantes : 30 % des naissances aux Pays-Bas -où les maisons de naissance ne sont pas attenantes, mais à moins de vingt minutes d'un établissement de santé- se déroulent de cette façon, avec des indicateurs de mortalité périnatale comparables aux nôtres ; dans les pays nordiques, les indicateurs sont même meilleurs.

Ce projet n'a rien de contradictoire avec le haut niveau d'exigence envers les maternités. Au contraire ! Dans la majorité des cas, l'accouchement se passe bien. Je suis née au domicile de mes parents.

**M. Nicolas About.** – Il n'y a pas de traces ! (*Rires*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Exiger un excellent plateau technique dans les maternités est nécessaires pour traiter les rares cas difficiles.

D'autre part, la question de la capacité d'accueil des maternités publiques ne se pose pas.

Il n'y aura aucun fléchage vers la maison de naissance ; n'y seront adressées que les femmes qui en feront la demande. Les primipares âgées seront clairement orientées vers la maternité.

Bien entendu, certaines difficultés ne surgissent qu'au moment de l'accouchement. C'est pourquoi la maison de naissance sera attenante à la maternité.

**M. François Autain.** – Pourquoi pas à l'intérieur ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – D'ores et déjà, 2 000 naissances sont pratiquées dans des lieux de ce type. Cessez de vous faire peur ! Je suis favorable aux amendements du rapporteur qui mentionne l'intervention de la Haute autorité de santé.

On est dans une démarche de sécurité pour répondre à la demande d'un certain nombre de femmes. Si nous ne le faisons pas, ce serait bien plus dangereux pour elles. Ces femmes ne seront sans doute jamais majoritaires, mais il ne faut pas ridiculiser les femmes, elles ne vous le pardonneraient pas ! (*Protestations à gauche*)

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** – De telles expériences menées à l'étranger font réfléchir certains gynécologues-obstétriciens responsables de maternités de niveau 3. Comment offrir à ces femmes une assistance moins médicalisée ? Pourquoi avoir fermé des lits de niveau 1 ? C'est celui qui convenait à ces femmes. (*Approbatons à gauche*)

Le problème est moins la mortalité périnatale que la mortalité maternelle, certes faible, mais qui stagne, à cause en particulier de l'hémorragie de la délivrance. L'augmentation de la mortalité infantile ne peut-elle être rapprochée de l'augmentation des naissances à domicile ?

**M. Guy Fischer.** – Bonne question !

**Mme Mugette Dini,** – Je m'exprime à titre personnel, d'autant que je n'ai pas voté cet amendement de la commission.

Cette expérimentation, qui répond à une demande, sera menée dans des conditions contrôlées, à proximité des maternités. Si l'on n'est pas satisfait, on améliorera ces maisons de naissance ou on les fermera. J'imagine que, s'il y a le moindre risque, on ne laissera pas des femmes y accoucher.

Je ne vois pas pourquoi cette expérimentation ferait problème, mais madame la ministre, pourquoi avoir glissé cet article dans un texte financier ? Cela laisse à penser qu'il aurait une incidence de cet ordre ? Mieux aurait valu retenir un texte sur la santé. Je ne voterai pas la suppression de l'article.

**M. Nicolas About.** – Je partage le point de vue de Mme Dini. Ce projet est attendu.

**Mme Patricia Schillinger.** – Qui le demande ?

**M. Nicolas About.** – J'ai aussi une expérience médicale ; j'ai constaté que le bon déroulement d'un accouchement dépendait d'abord des sages-femmes. La classification mentionnée par Mme Hermange est liée aux conditions de réanimation des nouveau-nés.

La sage-femme fait tout et le médecin accoucheur vient ensuite pour signer... Il y aura plus de sécurité dans ces maisons attenantes à des structures hospitalières que dans nombre de cliniques actuelles.

Comme la ministre, je suis né à la maison ; sans doute ai-je des traces... (*Sourires*)

Qui dit expérimentation dit temps limité, et possibilité d'y mettre fin à tout moment. Les chiffres donnés tout à l'heure venaient de l'étranger, à propos de structures éloignées des hôpitaux. Cet article tire les leçons négatives d'expériences étrangères qui se sont déroulées dans des conditions très différentes de celles envisagées ici.

L'hôpital n'est pas forcément le lieu où l'on se repose le mieux. Grossesse et accouchement ne sont pas des pathologies et réclament surtout calme et repos.

**M. Adrien Giraud.** – Qui est la cause de la demande de maisons de naissances ? De manière générale, on essaie plutôt d'équiper des maternités de haut niveau. Mayotte a la plus grande maternité de France.

Il y a une idéologie de la maison de naissance : des femmes qui refusent de se faire accoucher par des hommes. Voilà l'arrière-plan du débat, que l'on ne dit pas. Ne mettons pas la religion dans l'affaire !

**Mme Christiane Demontès.** – Fallait-il introduire cet article dans le PLFSS ? Nous sommes opposés aujourd'hui, dans ces conditions, à ces maisons de naissance, que vous proposez. Mère moi aussi, je suis bien placée pour apprécier l'action des sages-femmes. L'accouchement reste un acte humain, mais des risques existent, avec des conséquences parfois dramatiques. J'ai l'exemple dans mon conseil municipal ; l'accouchement très difficile d'une jeune femme de 25 ans, sportive et en bonne santé ; elle n'a été sauvée que parce qu'elle accouchait dans un grand hôpital lyonnais.

Le président du collège médical des gynécologues-obstétriciens insiste sur l'indispensable sécurité apportée par le plateau technique hospitalier. Ne sacrifions pas les progrès récents par la position paradoxale et précipitée du Gouvernement. Vous fermez des maternités sous prétexte qu'elles ne pouvaient assurer la sécurité, mais voici que vous proposez la création de maisons de naissance, avec quelle sécurité ? (*Applaudissements à gauche*)

**Mme Annie David.** – ...

**M. François Autain.** – Une femme !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Sur ce sujet, je préfère entendre des femmes !

**Mme Annie David.** – Je ne suis pas d'accord pour qu'on ferme toutes ces maternités ; mieux vaudrait leur donner les moyens de leur mission !

Cet article n'a rien à faire dans un PLFSS, sauf à dire qu'il s'agit ainsi de faire des économies sur le dos des mères. Dans un texte de santé publique, vous auriez pu nous donner davantage de précisions sur ces structures -qui en France seront à but commercial, à la différence de ce qui se fait aux Pays-Bas.

Nous avons plaidé pour la démedicalisation des accouchements, dans le sens de ce qu'a dit Mme Hermange tout à l'heure. Nous avons aussi demandé que la profession de sage-femme soit mieux reconnue. Tout cela, oui, mais pas dans ces maisons de naissance !

Une femme qui n'a pas de problèmes pendant la grossesse peut en avoir lorsqu'elle accouche. Pourquoi de plus en plus de femmes accouchent-elles à domicile ? Ce peut être faute d'avoir pu faire autrement à cause de l'urgence, comme il est arrivé récemment à l'une de mes amies.

Mettez ces maisons de naissance à l'intérieur des maternités !

**M. Alain Milon.** – Ce n'est pas parce qu'on est hostile aux maisons de naissance qu'on refuse l'accouchement à domicile : des médecins acceptent de suivre des femmes jusqu'à leur terme. M. About insiste sur l'action des sages-femmes. Il est hors de question de contester ce point. Mais elles travaillent sous la responsabilité du médecin gynécologue-obstétricien. Que deviendra la responsabilité assurancielle de celui-ci dans une maison de naissance ?

Une grossesse qui se passe bien n'aboutit pas toujours à un accouchement qui se passe bien ! Vingt minutes de distance, c'est bien trop !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est le cas aux Pays-Bas, pas dans notre projet !

**M. Alain Milon.** – S'il y a hémorragie, ce n'est pas la peine d'y penser !

**M. Alain Houpert.** – Une grossesse dure neuf mois, pendant lesquels se multiplient les examens, en particuliers les échographies, Souvenez-vous de l'affaire Perruche ! On suit la grossesse avec des moyens techniques modernes et il faudrait en revenir au moyen âge pour l'accouchement lui-même ! Mon fils de 5 ans n'aurait pas survécu s'il n'était né en milieu médical.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Plusieurs d'entre vous ont dit qu'ils n'avaient pas d'opposition de principe ? Si vous avez des amendements de sécurisation discutons-en ! À l'Assemblée nationale, j'ai accepté tous les

amendements de ce genre. Nous avons mis tous les dispositifs de sécurité. J'ai même demandé que les maisons de naissance non seulement soient implantées dans un domaine hospitalier mais qu'elles jouxtent un service de gynécologie-obstétrique, pour qu'il n'y ait qu'un couloir à traverser en cas de besoin !

**M. Guy Fischer.** – Alors, c'est une maternité, ou nous n'y comprenons plus rien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Pourquoi dans le PLFSS ? Parce que l'expérimentation des cinq maisons de naissance bénéficiera d'un financement de 100 000 euros. Plusieurs structures juridiques sont envisageables. Ce à quoi je tiens, c'est qu'il y ait toute la sécurité possible.

Nous avons le maillage de maternités le plus resserré d'Europe. On sait très bien que des accouchements, en particulier pour des multipares, peuvent se produire en un quart d'heure ; on ne pourra jamais rien faire contre. Le problème n'est pas là.

Sur la mortalité infantile, nous avons un vrai problème. Ce qu'a dit M. Giraud sur le fait religieux va dans mon sens, puisque, grâce aux maisons de naissance, plus de mères seront prises en charge.

En Suède, on peut être à 100 kilomètres d'une maternité, mais il y a plus d'hémorragies *post-partum* en France, parce que nous avons gardé des maternités de qualité insuffisante.

Je répète que les maisons de naissance doivent être accolées à des maternités de haut niveau.

**Mme Christiane Demontès.** – Pourquoi avoir supprimé des lits ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Parce que l'offre dans notre pays est largement suffisante. (*Exclamations à gauche*)

Je vous apporte toutes les garanties. La HAS n'a jamais brillé par son laxisme en matière de sécurité. Si vous pensez qu'on peut améliorer la sécurité, dites-le ! Avez-vous quelque chose à proposer ?

**Mme Annie David.** – Des structures publiques dans des hôpitaux publics !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le caractère public est sans rapport avec la sécurité ! Peut-on faire évoluer notre système de santé, ou est-ce impossible ?

**M. Guy Fischer.** – Je vais évoquer un exemple lyonnais qui montre que les maisons de naissance ne sont pas éloignées de votre démantèlement de l'hôpital. Nous avons un bijou, l'hôpital Debrousse, sur la colline, au sommet de la montée de Choulan. Et l'on a créé l'hôpital « mère-enfant » doté des meilleures équipes qui soient. Mais, faute de moyens, des services sont fermés.

A 500 mètres à vol d'oiseau, s'installe l'hôpital privé Natécia, qui, au premier problème, redirigera les patientes sur Debrousse. Je crains la concurrence pour des grands établissements comme Édouard Herriot et Jean Mermoz.

**M. Nicolas About.** – Natécia, c'est le regroupement de trois cliniques !

*Les amendements identiques n°s 121, 252, 316 rectifié, 355 et 495 rectifié sont adoptés.*

*L'article 40 est supprimé.*

*Par conséquent, les amendements n°s 372 rectifié et 496 deviennent sans objet.*

### Articles additionnels

**M. le président.** – Amendement n°76, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 40, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 6 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complétée par un article ainsi rédigé :

« Art. ... - L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut expérimenter, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2011, et pour une période n'excédant pas trois ans, de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire pour des actes chirurgicaux ou interventionnels exercés en dehors d'un établissement de santé.

« Un décret fixe les modalités de mise en œuvre de l'agrément de l'agence régionale de santé, sous réserve du résultat d'une visite de conformité et au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes aux prescriptions techniques de la Haute Autorité de santé correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 162-21. Le décret fixe également le modèle de la convention type entre le centre autonome agréé et un établissement de santé public ou privé ainsi que les modalités de l'évaluation de l'expérimentation.

« La liste des actes concernés par l'expérimentation est fixée par arrêté ministériel.

« Le montant des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, y compris ceux afférents aux frais de transports entrant dans le champ de cette expérimentation, est pris en compte dans l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale. »

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cet amendement vise à permettre, par expérimentation, le développement de nouveaux modes de prise en charge pour la chirurgie ambulatoire, notamment pour la cataracte, très développés dans de nombreux pays.

Ce type de « centres autonomes » concourt à une meilleure efficacité des soins.

Vous travaillez à des décrets. Qu'en attendez-vous ? Quand viendront-ils ? Telle sœur Anne, nous ne voyons rien venir.

Cet amendement vise à obtenir un débat en séance publique.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – En 2008, il y a eu près de 580 000 opérations de la cataracte, qui ont coûté 840 millions d'euros. Chirurgie ambulatoire, soit, mais si la sécurité n'est pas moindre qu'à l'hôpital. Or, à en croire la HAS, nous n'avons pas toutes les garanties de sécurité. Retrait ?

**M. François Autain.** – Nous sommes d'accord.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Et les décrets sur lesquels je vous ai interrogée ? Quel calendrier pour ces centres de chirurgie ambulatoire ? Cet amendement n'avait d'autre fonction que d'obtenir des réponses à ces questions.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je n'ai pas les éléments *hic et nunc*. Je vous les transmets rapidement.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Du moment que je les ai avant la CMP...

*L'amendement n°76 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°318, présenté par M. Houpert.

Après l'article 40, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 5126-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les pharmacies à usage intérieur peuvent confier, par un contrat écrit, à un dépositaire au sens du 4° de l'article R. 5124-2, le stockage, la préparation des approvisionnements et la distribution des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1, des dispositifs médicaux stériles, des produits officinaux divisés mentionnés au 4° de l'article L. 5121-1 ainsi que des préparations visées au huitième alinéa de l'article L. 5126-2 qui sont destinés à l'usage particulier des malades dans les établissements où elles sont constituées ou qui sont nécessaires à la réalisation de leur mission. »

**M. Alain Houpert.** – La loi HPST vise, sous l'influence de la Lof et de la RGPP, à optimiser l'efficacité des établissements de santé. Les missions fondatrices de l'hôpital ne sauraient donner lieu à une sous-traitance. Cependant, à l'instar de ce qui est pratiqué dans les domaines de la nutrition hospitalière, de la stérilisation ou de la préparation de certains produits de santé, une partie des activités réalisées au sein de l'hôpital pourrait judicieusement être sous-traitées à des acteurs publics ou privés dont c'est l'expertise.

Ces sous-traitances doivent se faire sous le contrôle des professionnels de santé de l'hôpital et en accord avec eux ; avec des prestataires autorisés à exercer cette sous-traitance ou habilités par les textes à pratiquer l'activité en question ; elles doivent obéir à un cahier des charges précis, précisant les aspects économiques mais aussi les engagements qualitatifs et quantitatifs. Ce cahier des charges doit être validé par l'ARS et donner lieu à la signature d'un Cpom entre l'hôpital et le prestataire. Elles doivent enfin pouvoir montrer une amélioration de l'efficacité de l'établissement.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Qu'en pense le Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Défavorable : l'unicité du service pharmaceutique est essentielle à la qualité des soins, quand surviennent des difficultés graves, c'est le plus souvent la chaîne du médicament qui est en cause. La sécurité des malades doit primer sur toute autre considération.

**M. Guy Fischer.** – Je reviens sur la restructuration des hôpitaux dont je vous ai parlé hier : les funestes conséquences de la T2A commencent à se faire sentir même dans les fleurons de notre hospitalisation publique. Je pense par exemple à la chirurgie du foie dans les hospices civils de Lyon. On va fusionner les listes d'attente, fermer le service d'un éminent chirurgien mondialement connu depuis sa première greffe mondiale d'un morceau de foie à partir d'un donneur vivant. Ces restructurations donnent une douloureuse impression de gâchis. Les enfants devront aller se faire opérer à Paris. On détruit un des plus performants centres de chirurgie hépatique de France.

**M. Jacky Le Menn.** – Et même d'Europe.

**M. Alain Houpert.** – Je ne veux pas externaliser la pharmacie centrale des hôpitaux, mais seulement la logistique, ce qui peut procurer de substantielles économies. L'hôpital de Rouen a ainsi économisé 5 millions d'euros. Je regrette la myopie de l'administration.

*L'amendement n°318 est adopté.*

## Article 41

**M. le président.** – Amendement n°539, présenté par MM. Milon et Gilles.

Compléter cet article par les mots :

sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire

**M. Alain Milon.** – Il convient de définir un modèle de convergence qui décrive précisément ce que sera le système de tarification à construire d'ici 2018. En cas de convergence du privé vers le public, l'équité doit être respectée.

Or le modèle de convergence proposé compare les montants payés tous payeurs confondus, c'est-à-dire en incluant les dépassements, alors que le taux de prise en charge par le régime obligatoire n'est pas le même. Il n'est pas équitable que pour un montant rendu identique tous payeurs confondus, la solidarité nationale n'intervienne pas dans les mêmes conditions.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Qu'en pense le Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le remboursement par l'assurance maladie ne couvre qu'une part du prix puisqu'il y a aussi les complémentaires. C'est l'évaluation tous financeurs qui doit être prise en compte, sauf à comparer les périmètres différents.

En outre, la convergence équitable doit assurer un même reste à charge pour le patient. L'amendement imposerait une réduction trop importante du tarif versé à la structure privée. Je vous invite à le retirer. À défaut, je lui serai défavorable.

**M. Alain Milon.** – Je vous fais confiance.

*L'amendement n°539 est retiré.*

*L'article 41 est adopté.*

### Articles additionnels

*L'amendement n°186 n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°542 rectifié, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie et J. Blanc, Mme Hermange et MM. Marini, Revet et Mayet.

Après l'article 41, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Après la première phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour l'année 2004, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure tient, notamment, compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges sociales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de coûts, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I du même article sont identiques pour les établissements visés au a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

II. Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « 4° Un coefficient

correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés au 1° et 2° du I, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de charges financières, les tarifs nationaux des prestations et les forfaits annuels susvisés sont identiques pour les établissements visés au a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

2° En conséquence, à la première phrase du II de l'article L. 162-22-9, les références : « 1° à 3° » sont remplacés par les références : « 1° à 4° ».

**M. Alain Milon.** – Cet amendement tend à intégrer, dans la conduite de la convergence tarifaire intra et intersectorielle, les écarts de coûts résultant d'obligations différentes dans la détermination des charges sociales et fiscales entre établissements de santé publics et privés. Ces contraintes exogènes pèsent inégalement sur les diverses catégories d'établissements.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Chaque PLFSS y a droit. Le différentiel de charges est avéré. Quelles sont les intentions du Gouvernement ? Sagesse, en attendant de les connaître.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Nous partageons le même diagnostic : le coût du travail est plus élevé dans le secteur privé à but non lucratif. Mais comment y remédier ? L'introduction d'un coefficient correcteur conduirait l'assurance maladie à assumer les décisions relevant par exemple des conventions collectives ou de l'État. La création de sur-tarifs pour certaines catégories d'opérateurs serait en outre contradictoire avec l'objectif de la convergence tarifaire. Un coefficient correctif augmenterait les tarifs du secteur public : ce qui créerait de la divergence et non de la convergence. Enfin, le surcoût atteindrait 100 millions d'euros si seuls les établissements privés à but non lucratif étaient concernés, pour culminer à 400 millions en intégrant aussi les établissements à but lucratif.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La ministre nous dit que ce n'est pas la solution, mais quelle serait-elle ? Nous sera-t-elle proposée à l'occasion du PLFSS pour 2012 ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Nous explorons certaines pistes, dont le périmètre des prestations. Au demeurant, le niveau de qualification n'est pas identique dans les deux secteurs. La différence n'est pas considérable, de l'ordre de 0,5 %.

**M. Alain Milon.** – Je maintiens l'amendement, en attendant que la CMP propose un meilleur dispositif.

*L'amendement n°542 est adopté et devient article additionnel.*

**M. le président.** – Amendement n°77, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 41, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À compter de 2011, au moins 10 % des tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale font l'objet, chaque année, de la convergence mentionnée au premier alinéa ; elle est complète pour au moins la moitié d'entre eux. »

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Encore un morceau de choix pour le Gouvernement... jusqu'à la CMP, en espérant qu'il n'y aura pas de remarques désobligeantes à mon égard comme celles que j'ai entendues l'an dernier...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Pas de ma part !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Le processus de convergence tarifaire entre les catégories d'établissement de santé a été lancé en 2003 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, mais reporté régulièrement depuis lors. Pour 2010, le Gouvernement a décidé une convergence ciblée qui a concerné 35 GHM, dont 21 ont été complètement rapprochés ; 150 millions ont été économisés en 2010, autant le seront en 2011. Je m'en félicite. Je souhaite conforter cette évolution.

Vous avez refusé de fixer à l'avance le nombre de GHM concernés chaque année par la convergence ; le périmètre pertinent de celle-ci est un sujet majeur, sur lequel votre ministère n'a pas avancé. Les études en cours semblent bloquées. Plus on avance, plus il en faut...

**M. Jacky Le Menn.** – Parce c'est très complexe !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Si l'on démarre trop lentement, il faudra sérieusement accélérer le rythme pour tenir l'échéance de 2018, car nous ne voulons pas la repousser. Nous proposons un calendrier réaliste afin que chacun soit sensibilisé, opinion, acteurs de soins et établissements.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Pas plus que je ne me lasse de vous entendre depuis quatre ans, j'espère que je ne vous laisserai pas... (*Sourires*) Il faut prendre en compte les spécificités de chaque secteur : la convergence n'est pas l'égalité. Je veux de la volonté et de la justice.

Vous avez anticipé mon raisonnement : nous butons sur le périmètre pertinent de la convergence. Les premiers résultats sont affinés par un groupe de travail auquel participent les fédérations hospitalières.

Nécessairement dérogatoire, la convergence ciblée n'est pas adaptée à toutes les situations.

Je partage votre objectif, mais il me revient d'assurer la mise en œuvre.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – J'ai évolué, puisque l'an dernier, je proposais une convergence pour 2014. J'ai intégré l'objectif 2018. Encore faut-il avancer. Adoptons l'amendement et nous verrons en CMP.

**M. Yves Daudigny.** – La T2A suscite deux difficultés majeures, la première concernant la définition des GHM, par exemple pour les maladies chroniques ou les polyopathologies. La deuxième est l'évaluation du tarif appliqué à chaque code.

Chaque année, l'Ondam est fixé avant de connaître l'activité hospitalière ; l'enveloppe étant fermée, les tarifs sont revus à la baisse, incitant les hôpitaux à développer leurs activités -situation inflationniste et paradoxale-, surtout les plus rentables d'entre elles. Ils s'éloignent ainsi du service public de santé.

La T2A devrait ouvrir la voie à la convergence. Nous constatons la difficulté de l'exercice. La rentabilité ne doit pas guider les hôpitaux publics.

*L'amendement n°77 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°339, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 41, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les mesures prises en cours d'année par le Gouvernement en vue de compenser un éventuel dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie hospitalier portent de manière équilibrée sur les différentes modalités de financement des établissements. »

**M. Claude Jeannerot.** – En 2010, une part significative des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) a été gelée par les pouvoirs publics afin de compenser un éventuel dépassement de l'Ondam. L'enveloppe Migac sert de variable d'ajustement. C'est faire supporter aux seuls établissements publics les conséquences des dérapages des autres acteurs du système et c'est inacceptable. L'hôpital public doit respecter un objectif d'évolution de dépenses inférieur à l'Ondam. Le gel de la dotation Migac doit-il conduire à celui des missions de service public ? Samu et gardes doivent-ils être gelés au début de chaque année ? Le vote parlementaire doit être respecté, avec une répartition équitable des efforts entre hôpitaux publics et privés. (*Applaudissements sur les bancs CRC*)

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – L'amendement est déclaratif. En outre, l'Ondam hospitalier n'est pas visé comme tel. Le gel de dotations budgétaires n'est pas chose inhabituelle...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La mise en réserve de crédits porte seulement sur l'aide à la contractualisation, non sur les missions d'intérêt général. Au demeurant, les gels de crédits peuvent être levés en cours d'année. En revanche, les tarifs sont fixés *ne varietur*.

*L'amendement n°339 n'est pas adopté.*

*La séance est suspendue à 19 heures 30.*

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT,  
VICE-PRÉSIDENT

*La séance reprend à 21 heures 30.*

## **Démission du Gouvernement**

**M. le président.** – En application de l'article 8 de la Constitution, François Fillon, Premier ministre, a présenté au Président de la République, qui l'a acceptée, la démission du Gouvernement.

En raison de cette démission, nous ne pouvons poursuivre l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, et le Sénat doit ajourner ses travaux.

Il appartiendra à M. le Président du Sénat de convoquer le Sénat, dès qu'il sera en mesure de le faire, ainsi que probablement, au préalable, la Conférence des Présidents, pour fixer avec le nouveau Gouvernement la date de reprise de nos travaux et ajuster l'ordre du jour.

*La séance est levée à 21 heures 35.*

*Le Directeur du service du compte rendu  
analytique :*

**René-André Fabre**